

Universidade Federal de São Paulo

Melina Garcia Arakaki

“ENVELHECER NO MANICÔMIO E VOLTAR À CIDADE: O RELATO DE UM
EX-MORADOR DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO”

Santos

Novembro de 2011

Melina Garcia Arakaki

ENVELHECER NO MANICÔMIO E VOLTAR À CIDADE: O RELATO DE UM
EX-MORADOR DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Banca Examinadora como
parte
dos requisitos para obtenção do título de
bacharel em Terapia Ocupacional

Orientador: Prof. Ms. Fernando Sfair
Kinker

Santos
Novembro de 2011

Melina Garcia Arakaki

“ENVELHECER NO MANICÔMIO E VOLTAR À CIDADE: O RELATO DE UM
EX-MORADOR DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO”

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Banca Examinadora como
parte
dos requisitos para obtenção do título de
bacharel em Terapia Ocupacional.
Data de aprovação: ____ / ____ / ____

P r o f . M s . F e r n a n d o
U n i f e s p - B s

P r o f a . D r a .
C a m p o s U n i f e s p -

Santos
Novembro de 2011

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais,
Cristina e Rubens, que me incentivaram
em todos os momentos de minha vida,
acreditaram em meu sucesso e, muitas
vezes, abdicaram de seus sonhos e de
suas vidas por mim.

Agradecimentos

A Deus, que guiou os caminhos que percorri e sempre me deu a força necessária para prosseguir nos momentos difíceis.

Ao meu orientador, Professor Ms. Fernando Sfair Kinker, que tanto contribuiu para meu crescimento acadêmico e esteve sempre presente e disponível, acreditando em meu potencial, acalmando minhas angústias, esclarecendo minhas dúvidas e direcionando o trabalho.

À C., que com sua simplicidade e carisma possibilitou a realização deste trabalho e, mais do que isso, meu crescimento profissional e pessoal.

Aos outros moradores da residência terapêutica e toda a equipe do local, que me acolheram e auxiliaram neste difícil processo.

À todos os docentes do curso de Terapia Ocupacional e da Unifesp Baixada Santista por transmitirem seus conhecimentos e me ensinarem tudo o que sei e, em especial, à Prof^a Dr^a Marcia Novelli, que me apoiou nos momentos em que pensei em desistir e acreditou em meu potencial quando eu mesma ainda não acreditava.

Aos meus pais, Cristina e Rubens, que além do amor incondicional, estiveram presentes em todos os momentos, me apoiando, compreendendo e auxiliando.

À minha avó Rozaria, por todo amor e carinho.

Ao meu tio Carlos, que sempre acreditou em meu potencial e durante toda a minha vida incentivou meus estudos.

Às minhas tias de coração, Ana, Cleide e Solange, por todo o carinho e auxílio nos momentos em que precisei.

À Lalinha, pelo amor incondicional.

Às amigas “de sempre”, Camila, Dafne, Daniele, Jacqueline e Priscila, por compreenderem a minha distância durante estes quatro anos e mesmo assim estarem presentes nos momentos em que precisei.

Aos amigos que ganhei em Santos e que, sem eles, nada teria graça. Em especial à Agatha, Carla, Diego, Elis, Flavia, Juliana, Marcela, Maria Rita, Paola, Raquel, Renata, Thays e Vanessa.

Àquelas que, mais do que amigas, tornaram-se irmãs, Cris, Mari. A., e Mari. G., por estarem sempre presentes dividindo momentos únicos, fossem eles bons ou ruins.

Resumo

Arakaki, M.G. **Envelhecer no manicômio e voltar à cidade : o relato de um ex-morador de hospital psiquiátrico**; Universidade Federal de São Paulo, novembro de 2011. Orientador: Prof. Ms. Fernando Sfair Kinker.

Sabe-se que antigamente era comum a prática da internação de pessoas consideradas “loucas” em hospitais psiquiátricos. Nestes locais, comumente tais pessoas sofriam violências físicas e psicológicas, vivendo em condições precárias e sub-humanas. A partir da década de 70, iniciou-se no Brasil o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica, voltado à obtenção de novos recursos na assistência psiquiátrica que não a internação. Entre estes recursos, encontra-se a Residência Terapêutica, que funciona como um novo lar a ex-moradores de hospitais psiquiátricos que não tenham para onde ir. Este trabalho busca narrar a trajetória de um ex-morador de hospital psiquiátrico, que envelheceu neste local e agora passa a morar em um serviço residencial terapêutico. Busca identificar os principais desafios, as dificuldades, os ganhos que tal situação possibilita. Realiza, assim, análises sobre como este tipo de serviço pode auxiliar no resgate da identidade deste sujeito.

Palavras Chave: Residência Terapêutica; Reforma Psiquiátrica;

Sumário

1 - Introdução e Justificativa.....	1
2 – Metodologia.....	4
3 - Objetivo e questões.....	7
4 – Contextualizando o ambiente da pesquisa: Da constituição do paradigma psiquiátrico tradicional aos dispositivos da Reforma Psiquiátrica.....	8
4.1 - O percurso da loucura: O nascimento do asilo.....	8
4.2 - A Reforma psiquiátrica no Brasil	10
4.3 - A residência terapêutica e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	12
4.4 - Programa de Volta para Casa	15
5 - A reestruturação da saúde mental em São Bernardo do Campo e a Residência Terapêutica.....	16
5.1 A saúde mental em seus dispositivos na cidade de São Bernardo do Campo..	16
5.2 A residência de São Bernardo	17
6 – O processo de investigação: Relatos do trabalho de Campo (Diários).....	19
7 - A história de vida C.	45
7.1 – C. conta sobre si.....	45
7.2 - A história de C. através do olhar do outro.....	46
8 - Analisando o observado.....	48
8.1 Envelhecimento e qualidade de vida dentro e fora do manicômio: os ambientes, as reações, os comportamentos, as perdas cognitivas.	48
8.1.1 Envelhecimento.....	48
8.1.2 O ambiente em que se deu o envelhecimento de C.....	50
8.1.3 As perdas cognitivas	51
8.1.4 As reações.....	52
8.2 Os desafios do habitar	54

8.2.1	Estar X habitar.....	54
8.2.2	O morar na residência terapêutica de São Bernardo.....	55
8.3	Projetos futuros, propostas e o papel dos serviços de saúde mental.....	58
9.	Conclusões.....	65
10.	Referências Bibliográficas.....	67
Anexos		

1 - Introdução e Justificativa

O objeto deste trabalho é a trajetória de um ex-morador de hospital psiquiátrico que passa a residir em uma residência terapêutica. Seu objetivo geral é relatar o processo de desinstitucionalização vivido por ele e tecer reflexões sobre como se dá a apropriação desta nova realidade.

A escolha por este tema deu-se de forma processual, a partir de meus interesses, e de questões que foram surgindo no decorrer de meus estudos e de minha experiência no curso de Terapia Ocupacional.

Ao entrar no curso de terapia ocupacional, meu objetivo inicial era desenvolver pesquisas e, futuramente, trabalhar na área da saúde mental. Durante o percurso aproximei-me muito da gerontologia e decidi me aventurar por estes caminhos. Apesar disso, o interesse pela saúde mental nunca diminuiu e continuei realizando leituras e procurando me aproximar.

Dividida entre as duas áreas, minha ideia inicial, era estudar o fenômeno do surto psicótico em idosos. Comecei então a conversar com diversos professores, que me alertaram para a dificuldade que seria encontrar tais idosos, e percebi que estudar este tema seria demasiadamente difícil.

Após algumas discussões encontrei o professor que seria meu orientador de TCC e que, de forma simples e objetiva, sugeriu-me o tema. Algo que nunca havia imaginado estudar, até pelo pouco conhecimento que possuía sobre o movimento da luta anti-manicomial. Apesar disso, a ideia pareceu-me interessante, e ao longo da conversa, pude me aproximar rapidamente do assunto e, logo, já estava com minha decisão praticamente tomada. O fato de aliar duas áreas de interesse foi crucial para tomar a decisão de iniciar este projeto.

Ao longo do tempo, através de leituras e das vivências que pude ter, comecei a entender e conhecer mais sobre o movimento, e o interesse foi surgindo cada vez mais forte. Muitas dúvidas e questionamentos surgiram para além do que havia sido pensado inicialmente e, muitas vezes, a curiosidade me tirava o foco, e logo começava a querer

mais, saber mais! Questionei e pesquisei sobre inúmeras outras coisas, relacionadas ao tema, mas talvez um pouco desfocadas de meus objetivos.

Este interesse, certas vezes me preocupava, e durante as visitas, frequentemente, me via muito mais atenta ao funcionamento da residência terapêutica, e envolvida com os outros moradores, do que com C. propriamente dito, e sua história de vida. (C. é como me referirei ao morador que acompanhei, e que tanto contribuiu para esta pesquisa)

Apenas agora, ao final deste trabalho, pude perceber que este interesse não foi em vão. Toda a curiosidade acerca de outros assuntos, que anteriormente pareciam fora de foco, agora foi transformada em conhecimento necessário para compreender a trajetória de C., e as inúmeras vezes em que tentei preencher as lacunas de sua vida em vão. Mais além, todas as questões abrem portas para inúmeros outros estudos a serem realizados, a fim de aprofundar conhecimentos e contribuir para as discussões sobre o aprimoramento dos programas de reforma psiquiátrica vigentes no Brasil.

Como contribuição para o avanço do movimento da reforma psiquiátrica, iniciei esta pesquisa, que julgo ser de extrema importância pelo assunto que aborda, pois trabalhos deste tipo ajudam a traçar um retrato das condições em se que encontram os ex-moradores de hospitais psiquiátricos, auxiliando a compreensão dos desafios enfrentados tanto por eles como pela equipe, além de problematizar os desafios do processo de desinstitucionalização.

O trabalho aponta ainda os desafios de se reconstruir a história das pessoas institucionalizadas e a necessidade de se produzir novas histórias e encontrar novos significados para a vida de tais pessoas. Mostra a necessidade de superar diversos desafios relativos ao cotidiano das residências terapêuticas e às dificuldades de apropriação das casas por seus moradores, além dos desafios encontrados pela equipe cuidadora, relativos principalmente à clareza de seu papel na mediação do aumento de autonomia dos moradores.

Este trabalho de conclusão de curso está organizado da seguinte forma: começa com uma breve explicação sobre os motivos que me trouxeram até aqui e sobre quais as questões que nortearam minha pesquisa. Apresenta a metodologia utilizada e o objetivo geral. Em seguida, busca refazer o caminho da reforma psiquiátrica no Brasil, partindo do contexto histórico de nascimento do asilo, e trazendo também explicações sobre os

novos dispositivos que surgiram a partir da reforma, e mais especificamente, a residência em que realizei o estudo.

No momento seguinte começo a relatar minha experiência no local através dos diários de campo realizados em cada visita, com o objetivo de situar o leitor, para que este possa compreender os caminhos percorridos na difícil tarefa de resgatar a história de vida de C.. Logo após os diários apresento a narrativa da vida de C., um pequeno resumo realizado através das informações coletadas nas visitas. Após a narrativa, de forma sucinta apresento a trajetória de C. através do olhar de três trabalhadores do local.

Após apresentar tais dados, começo a realizar uma reflexão sobre as informações coletadas e por último apresento minhas conclusões.

2 - Metodologia

O estudo foi baseado na pesquisa qualitativa que “é multimetodológica, quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativos estudam as coisas no seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes trazem”. (Denzin & Lincoln, 1994, p. 2 apud Turato, 2000). Este tipo de pesquisa valoriza o significado que o sujeito atribui para as coisas, proporciona acolhimento, valorizando as angústias e ansiedades da pessoa. Considera também, o próprio processo como norteador do interesse do pesquisador. O objetivo da pesquisa qualitativa é conhecer cientificamente o particular. (Turato, 2000) .

Segundo Turato (2000, p. 98) “o ambiente natural é o local certo para a colheita de dados, pois a configuração ambiental engloba e preserva a configuração das incontáveis características da pessoa.”

O presente estudo foi realizado em três etapas, e os nomes dos personagens foram omitidos para preservar sua identidade.

A primeira etapa deu-se através de leitura de textos com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a história da luta antimanicomial, e conhecer como ocorreu o surgimento dos novos serviços de saúde mental. Em seguida, realizamos a escolha de nosso personagem, que como critério principal deveria ser um idoso cujo envelhecimento ocorreu dentro de um hospital psiquiátrico e que, após longo período, teve sua vida em liberdade devolvida.

Foram realizadas visitas semanais, nas quais eram realizadas observações do cotidiano e conversas com C. para obtenção sobre dados de sua história de vida. Estas visitas eram realizadas sempre no mesmo dia da semana e no mesmo horário, o que talvez tenha dificultado a apreensão da realidade vivida por completo, uma vez que tive acesso apenas a um fragmento desta. Por último, foram realizadas as análises sobre os dados obtidos.

Por acreditar ser de extrema importância a segunda etapa da pesquisa, irei detalhá-la a seguir:

As visitas, a princípio, eram realizadas semanalmente e combinadas sempre no momento de despedida da semana anterior. Com o passar do tempo, comecei a ir quinzenalmente e, no final da pesquisa espacei um pouco mais o tempo, para que C. pudesse se acostumar com a minha ausência.

Comecei a aproximação juntamente com meu professor, figura já conhecida por todos no local. Quando chegamos estava ocorrendo uma assembleia na casa, reunião realizada semanalmente entre os moradores, cuidadores e com a coordenação da residência, e foi dentro desta reunião que ele me apresentou a todos e explicou os motivos de eu estar ali. Em seguida perguntou a todos os moradores se eles concordavam com minha presença no local e especialmente a C., se aceitava participar do estudo. Após a aceitação, foi assinado o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (anexo 2) e iniciei minhas visitas. Logo no início conheci o CAPS III, serviço de referência para os moradores do local.

As primeiras visitas davam-se sempre com a presença de meu professor, que aos poucos foi me inserindo no ambiente, até que pudesse estar familiarizada com todos. Após a criação de vínculo, comecei a ir sozinha ao local.

Em todas as visitas optei por conversar com todos os moradores, sem jamais permanecer o tempo todo apenas com C. Em alguns momentos me aproximava do morador, para obter as informações de sua história de vida e ficávamos mais isolados do grupo, porém a troca com os outros sempre acontecia. As conversas sempre ocorriam de maneira informal e optei por nunca anotar nada do que era dito, fazendo os registros após sair do local.

A princípio conversava apenas coisas de seu cotidiano e, para criação de vínculo, muitas vezes, optei por apenas estar ao seu lado, vendo televisão, fazendo brincadeiras, ou até mesmo, em silêncio. Eu precisava ganhar a sua confiança, e acredito que após tantos anos sofrendo violências por parte de estranhos, o melhor caminho para isso era respeitar seu ritmo. Ao longo das visitas, já com o vínculo formado, passei a perguntar dados de sua vida, desde a infância, até os dias atuais.

Durante as visitas, procurei realizar observações fora do ambiente domiciliar e, algumas vezes, fomos até a padaria do bairro. Em outras ocasiões pude observá-lo realizando oficinas no CAPS e, posteriormente, em uma compra de sapatos.

Posteriormente, após a finalização das visitas, realizei um trabalho de análise sobre a experiência vivida, articulando-a com os estudos teóricos sobre o tema, tendo como referência algumas questões que elaborei quando defini o objetivo geral da pesquisa.

Sobre esta árdua tarefa de análise, Gomes (1993, p. 74) refere que:

Atualmente podemos destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipótese). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Acredito, portanto, que esta parte do trabalho seja essencial para a compreensão do estudo, pois irei articular minha experiência e observações realizadas na residência, com minhas dúvidas e conhecimentos anteriores, na finalidade de buscar compreender a atual realidade vivida por ex-moradores de hospital psiquiátrico, além de propor possíveis melhorias em tal situação, colaborando não só com a equipe local, como também com outros dispositivos que estejam passando por situação semelhante.

Acredito que realizei o que Minayo e Sanches (1993, p.246), chamaram de análise qualitativa completa, ou seja, aquela que interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

3 - Objetivo e Questões

Uma vez que, segundo Goffman (1961, p. 23): “ se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado ‘desculturamento’- isto é, ‘destreinamento’- que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária’, caberia questionar se a residência terapêutica contribui para a superação dessa situação, produzindo novas subjetividades a partir das estratégias de inserção social mediadas por profissionais de saúde mental.

Tentando contribuir com esse debate, o presente trabalho teve como objetivo verificar o processo de envelhecimento de uma pessoa que viveu em um manicômio e hoje se encontra em uma residência terapêutica.

Uma vez que o trabalho se caracteriza por ser o relato analítico de um processo vivido, não considereei adequado formular hipóteses, mas elaborar questões que pudessem balizar a investigação. Tais questões são:

- Quais os problemas enfrentados por uma pessoa que retorna depois de muitos anos ao convívio social?
- Como ela vê e lida com a questão do preconceito?
- Quais as dificuldades de adaptação? · Como as perdas cognitivas devidas ao processo de institucionalização e de envelhecimento interferem em seu dia a dia e na conquista de graus de autonomia?
- Como se dá sua rotina, qual é sua qualidade de vida?
- O que dizer do processo de construção de sua nova identidade?
- Como superar a situação de exclusão social?

Como se vê, o objetivo central foi avaliar o processo de desinstitucionalização, investigando como ele se dá na prática cotidiana dos novos serviços de saúde mental criados a partir da reforma psiquiátrica e, o mais importante, a partir da ótica de um de seus beneficiários.

4 – Contextualizando o Ambiente Da Pesquisa: Da Constituição Do Paradigma Psiquiátrico Tradicional Aos Dispositivos Da Reforma Psiquiátrica

Com o intuito de caracterizar o contexto da pesquisa, é necessário percorrer o caminho histórico de passagem da psiquiatria convencional àquela da reforma psiquiátrica, onde os novos dispositivos de cuidado foram implantados, incluindo-se as residências terapêuticas. Os subitens abaixo tentam caracterizar este processo.

4.1 - O PERCURSO DA LOUCURA: O NASCIMENTO DO ASILO

Nas sociedades ocidentais, durante os séculos XVII E XVIII, as pessoas que eram consideradas ameaças à sociedade como os loucos, idosos, deficientes, hereges e prostitutas eram internadas, geralmente em locais afastados, onde a condição de vida era sub-humana (Foucault, 2005). As Casas de Internamento, geralmente ligadas à igreja, eram locais de depósito e expiação da culpa e, embora tentassem se colocar como espaço de proteção e como dispositivo para ‘salvar almas’, o objetivo principal era acabar com a desordem que as pessoas com a experiência do desatino provocavam. Essas pessoas, na realidade, ameaçavam o modelo capitalista, que surgia e que valorizava apenas aqueles que pudessem gerar algum tipo de renda, segregando todos os outros, considerados desocupados.

No final do século XVIII e início do XIX a medicina foi chamada para intervir, mas novamente não era para tratar dessas pessoas. Ocorre que, nessa época, a população que vivia nos arredores das instituições criou a fantasia, chamada por Foucault de “o grande medo”, de que poderiam se contaminar moral e fisicamente, através do ar vindo dessas casas que diziam ser podre e, assim, poderia contaminar a cidade (id. *ibid.*). Outro motivo para a intervenção médica foi o aumento da necessidade de mão de obra, que retirou os miseráveis dos hospitais para transformá-los em trabalhadores. Enquanto isso ocorria, os ‘loucos’ continuaram sendo internados. Segundo Kinker (2007, p.2), “como a loucura, embora assemelhada às situações de fragilidade social, também

provocava medo e horror, haveria que se equilibrar, pela primeira vez, ações de controle e perigo com ações de cuidado”

É nesta época que surgem os primeiros asilos de alienados que influenciaram a psiquiatria atual. Pinel e Tuke foram uns dos primeiros reformadores, e a partir deles é que a loucura passou a ser vista como uma doença a ser tratada. O argumento que utilizaram é o de que ‘os loucos são pessoas temporariamente desprovidas de razão’ e que se fossem expostas a um tratamento poderiam recobrar os valores morais por eles perdidos. Esse tratamento foi baseado em ações que imprimiam no sujeito o medo, a culpa e a auto-correção, ficando conhecido como tratamento moral.

Para promover a cura, era realizado uma espécie de adestramento do alienado, no qual ele deveria seguir as regras impostas, ficando sujeito a receber punições, como banhos de água gelada pela madrugada. “ A noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (Barros, 1994: 34 apud Amarante, 1995)

A escola do tratamento moral tinha como um de seus objetivos a obtenção de hábitos saudáveis, e para isso utilizava-se de adestramento para as atividades de vida diária, jogos e também do trabalho, pois acreditava que este ressocializava o doente. Segundo De Carlo e Bartalotti (2001), “A Escola de Tratamento Moral”, proposta pelo movimento alienista, baseado na filosofia humanista, foi a escola precursora da Terapia Ocupacional”.

Baseados nos modelos asilares existentes na época do tratamento moral, os manicômios brasileiros, a partir do final do século XIX, também tentaram imprimir a ordem através de ameaças, castigos e manipulação. Esse tipo de instituição foi definido por Goffman (1961, p. 11) como instituição total:

“Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Segundo Kinker (1997, p.105), mesmo atualmente, “a maioria dos hospícios do Brasil, contudo, constitui locais onde reinam péssimas condições de infra estrutura, como a pobreza do espaço físico, comida de má qualidade, entre outras. Em alguns

deles, a higiene se dá por meio de banhos coletivos de mangueira, em que os enfermeiros lançam a ducha sobre os pacientes enfileirados num paredão.” Até há pouco tempo, era comum a aplicação de choques elétricos nos pacientes como forma de castigo, e ainda hoje em alguns locais as medicações não são distribuídas corretamente e pode ocorrer que o número de pessoas seja maior do que o número de leitos. Aprisionadas nesses locais, os internos não tem nada a fazer e normalmente perambulam pelos escassos espaços livres.

4.2 - A Reforma psiquiátrica no Brasil

Esta situação começou a mudar, por volta de 1980, quando começaram a ser feitas denúncias relatando os maus tratos e com o surgimento do ‘ movimento da luta antimanicomial’, no qual participaram profissionais da saúde mental, usuários e familiares. As experiências de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, foram influenciadas pelas experiências europeias e americana ocorridas no pós-guerra (Amarante,1995). Alguns autores separaram o movimento em três períodos que, resumidamente, podem ser exemplificados:

- A trajetória inicial, denominada “alternativa”, foi especialmente marcada pela conjuntura de democratização do país e de afirmação de direitos humanos universais. Neste período surgiu o MTSM (Movimento dos trabalhadores de saúde mental), que “assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social” (Nicácio, 2003, p.37) Em 1979, o italiano Franco Basaglia, veio ao Brasil para discutir o assunto e pela primeira vez, observou-se a loucura sendo posta como uma questão social.
- Trajetória sanitarista no qual os integrantes do MSTM coordenaram as mudanças na assistência psiquiátrica. Nicácio (ibid.: p. 39) diz que “As diretrizes dessa época enfatizavam a construção de uma rede extra

hospitalar de atenção em saúde mental como uma alternativa para o modelo asilar.”

Trajetória da desinstitucionalização: iniciada após o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que tinha como lema “ Por uma sociedade sem manicômios”. Esse movimento não era visto como solução para o problema, mas sim como uma reflexão a cerca do paradigma psiquiátrico.

Seguiram-se então, projetos de lei e manifestações que visavam acabar com a segregação e com a violência sofrida pelos internos e, em 6 de abril de 2001, foi aprovada a lei 10.216, que regulamentou os direitos das pessoas com transtornos mentais e previu a extinção gradual dos manicômios no país. Assim, aos poucos, amparados pela realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental e antes mesmo da lei de 2001, os usuários passariam a contar com outros tipos de assistência extra-hospitalar, como hospital dia, NAPS/ CAPS, residência terapêutica, entre outros.

Observando-se os novos programas, pode-se concluir que os pacientes foram desospitalizados, mas não desinstitucionalizados. A desospitalização é o simples ato de retirar o paciente do hospital, já a desinstitucionalização, é o ato de retirar o paciente de uma instituição e reorganizar sua vida, para que ele possa resgatar sua identidade, autonomia e liberdade, não estando aprisionado a moldes e regras. Pode-se dizer que os antigos moradores de hospitais psiquiátricos estão em processo de desinstitucionalização, que é algo complexo e processual. A desinstitucionalização, nas palavras de Nicácio (2003, p. 93), é algo mais complexo que a simples desospitalização, pois

como desconstrução dos saberes, práticas, culturas e valores pautados na doença/periculosidade, a desinstitucionalização requer desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para desconstruir o problema, recompondo-o, recontextualizando-o, re-complexificando-o.

4.3 - A residência terapêutica e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Dentre os vários dispositivos criados pelo processo de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização, vale ressaltar o programa de residência terapêutica, que segundo a Portaria/GM nº 106 - de 11 de fevereiro de 2000, pode ser definida como: moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (Brasil, 2004e)

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Por ser recente, a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos vem sendo discutida em vários âmbitos, de modo a assegurar que esta alternativa seja a mais adequada possível para auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração à comunidade. É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município. As Residências podem ser divididas em dois tipos, um em que os moradores necessitam apenas do auxílio de um cuidador, que serve apenas de suporte para eles, e o segundo, em que são necessários cuidados 24 horas/dia. (Brasil, 2004a)

Esse dispositivo tem como proposta possibilitar maior grau de autonomia e independência à seus moradores, oferecendo-lhes uma melhor qualidade de vida. Contudo, caberia perguntar se este espaço realmente consegue atingir seus objetivos e se diferenciar radicalmente do que Goffman (1961) chamou de instituições totais. Isto porque, como já disse, segundo o autor, “ uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1961, p. 11). Afirma ele ainda que estas provocam a mortificação do eu, fazendo com que o indivíduo perca

sua personalidade e se transforme em apenas ‘mais um’. Isto começa a ocorrer a partir do processo de admissão, onde é obrigado a deixar todos seus pertences em um armário, cortar os cabelos, tomar banho, se desinfetar e usar roupas iguais aos demais. Posteriormente, é obrigado a realizar suas atividades nos mesmos horários dos outros e a conviver com pessoas, que talvez, possam não ser do seu agrado. Muros altos são construídos e não existe contato algum com o mundo externo. Além disso, o interno não possui mais os papéis que estava acostumado a exercer fora da instituição, como o de pai, chefe, amigo, etc. Cercado por muros o único papel que possui é o de “louco”, e segundo Goffman (1961) “embora alguns dos papéis possam ser restabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, é claro que outras perdas são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais.”

Assim, será a residência terapêutica um lugar que possibilita a reconstrução da vida, a participação social, e a conquista de autonomia?

Essa parece ser uma questão fundamental para o processo de desinstitucionalização em vigor atualmente no Brasil, sendo necessário estudos que possam verificar essa realidade e, assim, contribuir para o aperfeiçoamento dessas propostas que visam de fato reverter o paradigma psiquiátrico focado apenas na doença. Além disso, para que essas propostas possam avançar, torna-se necessário que a sociedade possa ter acesso ao discurso das pessoas que viveram esses processos de institucionalização, para que esse tema, tão escondido pelos muros, ganhe relevância, e para que os próprios moradores sejam as guias de um processo de transformação cujo público-alvo são elas próprias.

Outro equipamento de saúde que surgiu como alternativa para substituir os hospitais psiquiátricos foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo Kinker(2007),

são serviços comunitários e territoriais formados por equipes multidisciplinares (médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos, pedagogos, artistas e oficineiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, combinados conforme a opção dos governos locais), e que devem responder a uma determinada área de abrangência.

Esses centros devem fornecer atendimento prioritário a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, mas também a casos moderados e leves. Dessa forma, desenvolvem acompanhamentos mais ou menos intensivos, dependendo da necessidade do paciente. Os pacientes mais graves, muitas vezes, podem frequentá-lo diariamente, onde participarão de situações grupais, individuais, projetos comunitários, recebendo medicação e refeição, a partir de um projeto terapêutico individual que é artesanalmente tecido.

O CAPS deve funcionar como mediador entre o paciente e a sociedade. Para isso deve conhecer bem o território em que está inserido, e promover ações que incluam seus usuários dentro deste. Assim, o serviço deve extrapolar os limites de seus muros, e agir muito além dos recursos internos que possui. Suas ações devem se basear em auxiliar seus usuários a encontrar novos rumos de vida, construir projetos e ganhar sentido para viver, garantindo qualidade de vida e autonomia a estes. Além disso, deve acolher aquele paciente que está em crise, de modo que não ocorram rupturas em sua vida, e não sejam necessários novos períodos de internação. O local pode funcionar como facilitador para a convivência entre pacientes, no qual sejam trocadas experiências, afetos, planos e projetos. “É óbvio que esse papel do CAPS, em qualquer uma das concepções ou das perspectivas adotadas, não é simples, e que um forte e permanente movimento de discussão e de formação dos profissionais é necessário para que o serviço não seja apenas um encaminhador de casos para o hospital psiquiátrico”. (Kinker, 2007)

O CAPS responsável pela residência terapêutica de São Bernardo entra na configuração de CAPS III: É o CAPS mais completo e aquele que consegue responder a um número maior de situações. O fato de funcionar 24 horas por dia, 7 dias na semana, possibilita que os pacientes acompanhados possam ser acolhidos em momentos de crise (ou quando enfrentam alguma dificuldade que solicita um acolhimento e o afastamento temporário de casa) e pernitem na unidade, caso seja conveniente. Segundo a portaria 336, o CAPS III deve ter uma equipe mínima formada por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, cinco profissionais de nível superior não-médicos, oito profissionais de nível médio (Brasil, 2004f).

Cabe ao CAPS, dentre outras funções, acompanhar os moradores das residências terapêuticas e apoiar o processo de apropriação da residência por parte deles. Esta tarefa exige uma intensa articulação do CAPS junto aos cuidadores da casa e aos recursos do território, com o intuito de ampliar a rede social e as experiências de troca social dos moradores.

4.4 - Programa de Volta para Casa

Associado e articulado às Residências Terapêuticas, o Programa "De Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação). O programa atende a um segmento da população brasileira quase integralmente desprovido de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. Assegura ainda um meio eficaz de suporte social, evitando o agravamento do quadro clínico e do abandono social. (Brasil, 2004c, 2004d)

O benefício consiste no pagamento mensal de auxílio-pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) ao beneficiário ou seu representante legal, se for o caso, com duração de 01 (um) ano. Poderá ser renovado, a partir da avaliação de equipe municipal e de parecer da Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta Para Casa" (CAP-SES e CAP-MS), e tem como objetivo apoiar e acompanhar o beneficiário no seu processo de reabilitação psicossocial. (Brasil, 2011)

A importância do recebimento deste auxílio pode ser compreendida ao se analisar o tipo de população que o programa visa atender, geralmente desprovida de qualquer outra fonte de renda, podendo contribuir para sua reestruturação e reintegração na sociedade, como também garantir maior independência para comprar objetos pessoais, e/ou realizar atividades desejadas, o que aumenta a autoestima do usuário, uma vez que vivemos em uma sociedade capitalista, na qual a obtenção de uma fonte de renda própria acarreta em valorização pessoal.

5 - A Reestruturação Da Saúde Mental Em São Bernardo Do Campo e a Residência Terapêutica

5.1 A saúde mental em seus dispositivos na cidade de São Bernardo do campo:

Até o ano de 2009 a assistência em saúde mental de São Bernardo era realizada apenas por um grande ambulatório de saúde mental e por atendimentos em um pronto socorro psiquiátrico. Esses trabalhos eram realizados em sincronia com o hospital psiquiátrico da região, e acabavam funcionando como grandes encaminhadores para este, não havendo trabalho comunitário territorial, pois não havia um conjunto de CAPS que pudesse fazer este tipo de trabalho. Os únicos dispositivos existentes eram o CAPS ad (álcool e drogas), e o CAPS i ad. (responsável por atender crianças e adolescentes que faziam uso abusivo de drogas). Não havia também algum tipo de trabalho na UBS local para acolher as pessoas com sofrimento psíquico leve ou moderado. Esta situação fazia com que o modelo existente fosse essencialmente hospitalocêntrico, centrado na doença e na simples remissão de sintomas, o que produzia uma excessiva medicalização de qualquer tipo de sofrimento.

A partir de 2009 iniciou-se a construção de um novo modelo a partir da desconstrução do modelo anterior. Assim, o ambulatório foi descentralizado e os profissionais colocados nas UBS, com o intuito de atender os casos leves e moderados, de forma a resgatar a história de vida dos atendidos e propor abordagens comunitárias que dessem respostas reais as necessidades das pessoas, superando a hipermedicalização. De outro lado, iniciou-se a construção de uma rede de CAPS, com o intuito de que ela fosse substitutiva ao Hospital psiquiátrico. Desse processo, surgiu o primeiro CAPS III, criado para cobrir a região do centro da cidade. Instalou-se também o chamado ambulatório de graves, para atender os demais casos graves das outras regiões da cidade, transitoriamente, até que os cinco CAPS III previstos para cobrir toda a cidade estivessem implantados,(para o próximo ano está prevista a inauguração de mais dois novos CAPS III, que cobrirão duas outras regiões da cidade). Além disso, no ano de 2010 inaugurou-se um novo CAPS i, para atender crianças com sofrimento psíquico grave, e se reorientou a atenção aos usuários de álcool e drogas, através da

transformação do CAPS ad e do CAPS i ad em unidades com funcionamento 24 horas.

Houve também a implantação de consultório de rua para a abordagem de usuários de drogas e de uma república terapêutica para acolhimento de adolescentes que são acompanhados pelo CAPS i ad e que necessitam se afastar do seu território transitoriamente, por um período curto. Estão previstas também, a inauguração de quatro casas de acolhimento transitório, as CATS, que servem para acolher usuários de drogas que moram nas ruas, auxiliando assim na reconstrução de suas vidas e a inauguração de um novo CAPS ad III.

Como reflexos dessas mudanças o hospital psiquiátrico da região começou a ocupar um lugar de menor importância, uma vez que as internações provenientes da cidade de São Bernardo do campo tiveram uma queda surpreendente, havendo pouquíssimos casos de usuários sendo internados neste hospital.

Como parte do processo de mudança do hospital psiquiátrico, iniciou-se o processo de desinstitucionalização dos cerca de quarenta moradores que residiam há anos no local. Para isso, então, foram implantadas duas residências terapêuticas, sendo uma masculina e outra feminina, e em dezembro de 2011 serão implantadas mais duas. Esse processo envolveu um trabalho de conhecimento e aproximação dos moradores dentro do hospital psiquiátrico, que envolve não só conhecer a história dos mesmos, como realizar passeios para reconhecimento da cidade e a participação dos moradores na construção da casa.

5.2 A residência de São Bernardo

A residência de São Bernardo, foi fundada no dia 24.11.2009. Apesar disso a organização do local começou bem antes. Vinte dias antes os cuidadores começaram a organizar a casa, e meses antes um grupo começou a realizar visitas e conversas com os moradores no hospital, perguntando quem gostaria de sair e criando vínculo com eles.

A casa é um sobrado grande, composta por garagem não utilizada por carros. No andar de cima existe uma grande varanda com vista para a rua e uma sala onde estão localizados os armários e o banheiro dos cuidadores. Nesta sala encontra-se um mural de recados, em que podemos observar duas frases: “ Sinta-se em Casa” e “ A liberdade

é terapêutica”. Subindo mais um lance de escadas chegamos ao andar de cima. O local possui uma cozinha, uma sala, um banheiro, uma área de serviço com churrasqueira e três quartos que são divididos por oito moradores do sexo masculino. Cada um possui sua cama e guarda roupas e é responsável por arrumar e guardar suas coisas. Apesar disso, os moradores possuem pouca independência e essa é uma das poucas tarefas que realizam. As atividades ligadas à limpeza do local, assim como preparo das refeições e idas ao mercado para comprar os mantimentos necessários são realizadas pela equipe do local. Quando algum morador precisa sair para comprar alguma roupa, ou item pessoal sai sempre acompanhado de algum cuidador.

Semanalmente, as sextas-feiras, são realizadas as assembleias. Estas, são reuniões que ocorrem com todos os moradores do local, alguns cuidadores (geralmente o que está trabalhando o período) e um responsável pelo serviço. Nelas são discutidos assuntos relativos aos moradores e ao funcionamento da casa. Neste momento, são tomadas as decisões relativas ao que irá ocorrer na residência durante a semana, são organizados os passeios, as festas de aniversários ou de datas comemorativas, e realizados comentários sobre o que ocorreu na semana anterior na casa. O momento da assembleia é o momento em que todos podem reclamar, opinar e decidir sobre o que irá acontecer. É um espaço aberto em que todos têm voz.

Como já expliquei, estive presente apenas um pedaço de tempo semanal e, portanto, torna-se difícil compreender e tecer reflexões sobre a rotina da casa. Pelo observado, os moradores não possuem horário fixo para realizar suas atividades de vida diária como acordar ou dormir, tomar banho e comer, mas normalmente as refeições são sempre servidas no mesmo horário, com todos juntos no local.

No período da manhã costumam ir ao CAPS e participam de oficinas de atividades como a horta, pintura, culinária. Fazem acompanhamento médico, e alguns deles, como C., vão ao local diariamente para medir a pressão. No período da tarde, algumas vezes vão a um baile próximo ao local, outras ao CAPS, e na maioria das vezes em que estive presente, dormiam ou estavam assistindo televisão.

Os cuidadores trabalham em turnos e revezam-se com relação ao dia da semana e horário em que ficam no local. Cada um funciona como cuidador de referência para um morador. O cuidador de referência é aquele que se responsabiliza por organizar as questões burocráticas do morador, como marcação de consultas médicas e exames.

6 – O Processo De Investigação: Relatos Do Trabalho De Campo

O objetivo deste capítulo é relatar o processo das visitas a C., as observações realizadas, as sensações, as informações trazidas por C. a respeito de sua história de vida. Entendo que este tenha sido o momento mais rico do processo investigativo, porque cheio de vida, tensões, dúvidas, vínculos, desafios e, conseqüentemente, matéria-prima de reflexões. Tal relato será apresentado em forma de diários de campo, que refletiram os avanços e as dificuldades de obtenção de informações acerca de C.

Diários

1º visita

Neste dia marquei com o professor no terminal de ônibus, mas acabamos nos encontrando em frente ao poupa tempo. Estava muito ansiosa para conhecer a residência e os moradores, tinha medo de não saber me portar ou de fazer alguma besteira. Sempre tive vontade de trabalhar na área da saúde mental, então, acredito que fui livre de preconceitos.

Chegamos à residência e o professor disse que eles tiveram a sorte de conseguir uma casa em frente ao CAPS, questionei se isso era bom para os pacientes, pois a princípio tive a sensação de que a proximidade com o CAPS pudesse remeter os pacientes ao passado de internação, e que talvez pudesse pairar uma incerteza sobre seu futuro, mas o professor me explicou que não haviam problemas, e que isso facilitava a ida dos pacientes ao serviço.

Entramos na casa e, neste momento, estava ocorrendo uma assembleia, sentei em uma cadeira e fiquei apenas observando. A princípio não conseguia distinguir quem eram os moradores, os cuidadores e a equipe e isso me deixou angustiada. Estava muito apreensiva e fiquei com muito medo de não conseguir compreender o que eles diziam. Durante a assembleia o professor explicou aos moradores que havia se tornado professor, que eu era sua aluna, que gostaria de visita-los durante um período para realização de uma pesquisa, e que esse trabalho seria feito com o morador C., caso ele aceitasse. Eles demoraram para responder, fizeram alguns questionamentos, pensaram...

Eu ficava mais agoniada a cada segundo que passava, e comecei a ficar com medo que eles recusassem, pensei que isso pudesse acontecer pois eles já sofreram muito em suas vidas e deve ser difícil conseguir confiar em alguém.

No final todos aceitaram e fiquei muito feliz. Ao mesmo tempo, continuava agoniada pois tinha a sensação de que não saberia como conduzir as conversas, e criar o vínculo. Falei de minha agonia para o professor e ele me tranquilizou dizendo que me ajudaria no começo e que isso seria um processo. Despedimo-nos e ao sair da casa, encontramos muitos amigos dele que trabalham no CAPS, entre eles, o S., que me apresentou o local.

2º visita

Neste segundo dia de visitas na residência continuava ansiosa, encontrei com o professor na frente da casa e contei a ele sobre minha ansiedade e meu medo de não compreender o que os moradores falavam.

Entramos na residência, não me recordava o nome de todos, nem conseguia distinguir ao certo quem eram os moradores e os cuidadores. Subimos para a sala e cumprimentamos todos os presentes. C. estava sentado no sofá e sentei em uma cadeira que ficava ao lado. A princípio estava tensa e não sabia o que falar, enquanto isso o professor conversava com ele e com outros moradores. Resolvi perguntar como ele estava, se havia passado bem a semana e, sucintamente ele disse que sim e balançou a cabeça. Tentei perguntar como tinha sido sua semana, o que ele fazia, e ele respondeu que não fazia nada, que ficava lá apenas. Muitas vezes tinha que pedir para que ele repetir o que havia dito, pois a compreensão da sua fala era muito difícil.

O professor então pediu para que ele nos apresentasse o CAPS, ele ficou feliz com o convite e prontamente se levantou. Saímos da residência e fomos o tempo todo guiados por ele, que se mostrava apressado para mostrar o local. Pude perceber isso quando o professor encontrava algum conhecido e parava para cumprimentar, C. ia andando na frente, como se não quisesse esperar. Após mostrar o local, ele voltou para a residência e nós ficamos conversando com a coordenadora do CAPS.

3º visita

No terceiro encontro, me sentia mais confiante, porém não estava menos nervosa. Ao subirmos o primeiro lance de escadas me deparei com C. assistindo um DVD na salinha de baixo, fiquei por ali mesmo conversando com ele enquanto o professor subiu para cumprimentar os outros. Comecei a conversa perguntando se estava bem e como tinha sido sua semana. Novamente ele foi sucinto em sua resposta. Neste momento fomos interrompidos pelos outros moradores, que ao ficarem sabendo da minha presença desceram para me cumprimentar. Esse gesto me deixou muito feliz, pois pude perceber que estava sendo aceita por eles. Após esse momento, comecei a perguntar a C. sobre sua vida e para minha surpresa ele falou bastante, ao contrário das outras vezes.

C. contou que nasceu na cidade de Caruaru no estado de Pernambuco, foi criado pela avó e trabalhou desde criança com ela na ‘roça’, lá eles plantavam abacaxi entre outras coisas que não relatou. Quando jovem sua avó faleceu e ele foi morar com sua tia em outra cidade chamada Cumaru, de lá, seguiram para São Paulo. Chegando em São Paulo, foi morar com seu pai e sua madrasta, perdendo o contato com sua tia. Quando seu pai “passou” (faleceu) sua madrasta fez suas malas e o chamou para darem um passeio, foram até um local muito movimentado, e ela desapareceu. Com o sumiço de sua madrasta ele vagou pela cidade com sua mala, que estava cheia de roupas e documentos. Parou na porta de uma casa e tocou a campainha, pediu comida e foi atendido, após isso, a pessoa que o atendeu disse para ele procurar ajuda no local que ela lhe mostrava, e que ele poderia deixar sua mala na casa dela até que ele resolvesse o problema. Chegando ao local, foi atendido por um guarda, que o desdenhou e agrediu. Neste momento outro guarda interrompeu a ação, mandou o agressor se afastar e pegou os documentos que C. possuía, o deixou dormir lá aquela noite e no dia seguinte mandou que fosse embora (não devolveu os documentos). Na volta ele passou na casa da mulher que havia lhe ajudado e ficado com sua mala, mas ao chegar lá o mandaram embora e disseram que não havia mala alguma no local.

A partir desta cena C. relata que alguém o levou “pra aquele lugar lá, o L.(Hospital)”, mas que ele não sabe quem, nem como foi parar lá. Diz que perguntou para o médico o que ele estava fazendo lá e que este afirmou que ele estava lá há mais de cinco anos. Disse que o lugar era muito ruim e quando pergunto se ele está melhor agora, ele balança a cabeça como sinal positivo e afirma: *“Eu, nem que me dessem um caminhão de dinheiro eu voltava pro L.(Hospital), lá eles amarravam a gente, se*

alguém te batesse, mesmo que você não tivesse feito nada era amarrado, apanhava também. Depois que mudou de dono a comida piorou, antes era melhor, mas dizem que o dono de lá é muito rico e não ta nem ai pra gente. Mas eu agradeço a meu Deus e meu padre Cícero que apareceu essa pessoa que tirou a gente de lá”.

Após este relato perguntei sobre namoradas e ele balbuciou algumas palavras enroladas que não compreendi, perguntei se ele já havia namorado e ele disse que uma vez, apenas isso. Perguntei também se ele estava interessado por alguém, ou se existia na residência feminina alguma paquera, mas ele apenas abaixou a cabeça, balançando-negativamente. Achei melhor não aprofundar o assunto, para não incomoda-lo, e respeitar seus limites.

Neste momento o professor chegou e fomos para o CAPS discutir sobre minha conversa com C.; Em seguida, fomos embora.

4º visita

Neste dia ao chegar na residência, subi o primeiro lance de escadas e logo encontrei C. sentado na salinha de baixo assistindo um DVD, sentei ao seu lado e perguntei como havia sido a semana, o que ele havia feito, como tinha passado. Ele me respondeu que estava bem, e que a semana foi boa. Nada mais. Perguntei se havia ido ao CAPS, ele disse que sim e que gostava de ir lá, mas apenas quando tinha coisas para fazer.

Neste dia estava quieto, não estava com muita vontade de falar. Ficamos sentados lado a lado, conversamos sobre as músicas que estavam tocando, mas ele apenas me ouvia e concordava com a cabeça. Grandes períodos de silêncio aconteceram. Logo, a cuidadora chamou para que ele fosse tomar café da tarde com os outros moradores na cozinha, subimos, e todos já estavam sentados à mesa. Os pães já estavam cortados e o café era servido para eles. Para C. eles servem o pão sem manteiga, pois ele não gosta. Apesar disso, fiquei me perguntando o porquê de eles próprios não se servirem e prepararem seus lanches. Fiquei pensando se teriam liberdade para comer a hora que quisessem e se poderiam escolher o que sentiam vontade de comer, e se tinham liberdade para comer quanto quisessem.

Voltamos para a sala, e sentei na cadeira ao lado do sofá, percebi que o tempo estava ficando nublado e disse para ele que ia tomar chuva, e ele riu da situação.

Ficamos conversando e rindo sobre o fato de eu me molhar na chuva, ele ria sempre que eu dizia isso e perguntei se gostava quando chovia, e ele disse que para ele estava tudo bem, que gostava da chuva e do sol também. Ficamos mais um tempo sentados na sala, vimos de algumas coisas que passaram na TV e fui embora, avisando-o que na próxima semana não iria poder estar na residência com ele, mas que voltaria após 15 dias. Me despedi de todos e ao me aproximar de A., outro morador, ele perguntou porque eu já estava indo e se sentia medo deles, eu disse que não, que ia embora porque precisava, mas que gostava muito deles e que voltaria logo. Essa frase mexeu muito comigo, e saí de lá com o coração apertado.

5º visita

Neste dia eu e o professor chegamos na residência e tivemos uma boa notícia: T., um dos moradores que havia desaparecido na semana anterior já estava de volta. Cumprimentei C. e todos os outros moradores, e me sentei a seu lado. Perguntamos sobre T. e relataram que ele foi encontrado pelo amigo de um cuidador.

O professor, então, propôs a T. e C. que saíssemos para dar uma volta para conhecer a região. Saímos em direção à padaria do bairro, o professor buscou sempre orientá-los, mostrando onde estavam. Ao passar pelo poupa tempo T. abaixou e pegou uma “bituca” de cigarro que estava caída no chão e guardou no bolso, essa cena me deixou chocada e fiquei pensando o que o levaria a fazer isso. Sabe-se que enquanto esteve internado viveu sob condições precárias e desumanas, mas me questionei sobre o que vem sendo feito para mudar esses hábitos e costumes que não precisam mais existir. Continuamos andando e o professor perguntou se ele estava com vontade de fumar, e ele emitiu um som afirmativo. Perguntamos para C. se ele fumava ou bebia e ele disse que já tinha parado com esses vícios. T. também relatou sentir falta de comida japonesa, como sushi e moti, um bolinho doce feito com arroz. Entramos na padaria e ele pediu uma Coca-Cola, C. preferiu guaraná. Ficamos sentados em silêncio apenas bebendo os refrigerantes e logo fomos embora. Na volta o professor perguntou para T. se ele saberia voltar, mas ele disse que não, perguntei a C. qual era sua comida preferida e ele disse que tanto faz, que o que tivesse estava bom. Voltamos para a residência, onde iria ocorrer uma assembleia. Na assembleia o assunto principal foi o sumiço de T., ele relatou que alguém o chamava e que comia o que uma mulher lhe dava. Estava

machucado, principalmente nos pés e pernas. C. falou sobre o sumiço de T. e disse que ficou muito preocupado, pois estavam todos na horta, que eles cuidam no CAPS quando, de repente, ele sumiu. Na assembleia foi discutida também, a copa da inclusão, torneio de futebol que eles perderam.

Após a assembleia fomos embora.

6º visita

Cheguei à residência e novamente C. estava sentado na salinha de baixo, assistindo a um DVD de música. Sentei a seu lado, sua aparência estava triste, perguntei como ele estava e fez mais ou menos com cabeça, disse que estava um pouco desanimado. Perguntei se ele queria ficar quieto, sem conversar e ele disse que sim. Assistimos ao DVD que estava passando, algumas vezes eu fazia alguns comentários sobre o que passava na televisão ou sobre uma música. Após um tempo disse que estava sem ter aulas na faculdade, ele me perguntou o porquê e expliquei que faltavam muitas coisas que nós precisávamos para estudar. Neste momento, ele disse que estamos certos de lutar pelo que queremos e comparou a situação ao fato de tomar remédio, disse que quando alguém não quer dar o remédio, mas você sabe que precisa, tem que exigir. Achei muito interessante essa comparação. Após um tempo perguntei como tinha sido para ele o período em que T. havia fugido. Ele relatou que estavam na horta e que quando ele olhou T. já havia sumido, disse que ficou preocupado, pois ele acha importante avisar quando quiser sair para ninguém ficar preocupado. Disse que ficou chateado e preocupado pois não sabia como ele estava e pude perceber que se sentiu um pouco culpado pelo sumiço do amigo, em suas falas podia perceber que se sente responsável pelos outros moradores. M., outro morador da casa, se aproximou, conversamos sobre música e ele me trouxe seus CDs, quando o DVD acabou, colocamos um CD do M. e ele cantarolou feliz. Perguntei para C. se ele gostaria de cantar ou dançar, mas ele disse que gosta apenas de ouvir a música e que dançar não é com ele. D., que faz parte da equipe, também estava no local e me mostrou o RG de C. que havia chegado naquela semana, ele estava muito feliz com isso, pois como os outros moradores do manicômio, não possuía nenhum tipo de documento há muito tempo.

Quando D. se aproximou, ele levantou para conversar com ela sobre uns assuntos que o incomodavam. Na volta perguntei o que estava lhe incomodando e, em

tom de confissão, falando baixinho, ele disse que “o do gato” referindo-se a J., um outro morador, estava lhe irritando, pois vestia as roupas de todo mundo, que seu armário era muito desorganizado e que ele bagunçava e mexia nas roupas e pertences dos outros. Falou que se ele quisesse bagunçar as coisas dele tudo bem, mas mexer nas coisas dos outros não e que ele precisava aprender a se comportar. Perguntei sobre a distribuição dos quartos e se ele ‘se dava bem’ com os companheiros de quarto, e ele disse que sim.

Comentamos sobre a residência feminina, eu disse que não conhecia e perguntei se ele me levaria até lá. Ele disse que sim, então pedi para ele esperar a próxima semana quando o professor estivesse junto.

Em seguida, assistimos mais um pouco do DVD e fui embora.

7º visita

Cheguei no local e subi para a sala de cima, como sempre. Sentei ao lado de C. e permaneci ali por um tempo, observando a televisão. Após um tempo perguntei sobre as roupas que eles usavam, se cada um tinha a sua, se eles puderam escolher as roupas que queriam, e ele disse que as roupas já estavam lá quando ele chegou. Percebi que os coordenadores procuram atender aos desejos dos moradores, como o de C. que está sempre vestindo uma camisa do Palmeiras, seu time de futebol. Os outros também tem as camisetas de seus times, mas apesar disto, acredito ser importante que cada um deles possa escolher todas as roupas. Perguntei também se eles participavam das compras, podiam ir ao mercado ou a padaria, mas ele disse que não, que eles (coordenadores e cuidadores) compravam tudo.

Me despedi de todos e D.(integrante da equipe) foi abrir o portão, J.(morador) me deu tchau com um abraço e disse: *“não vai embora não, fica mais!”* Neste momento prometi que voltaria para vê-los e saí de lá com o coração angustiado, imaginando que deveria ter ficado mais tempo no local e pensando no dia em que terei que me despedir definitivamente deles. Na faculdade aprendemos a criar vínculo com os pacientes e a vê-los como pessoas iguais a nós, sempre acreditei nisso, mas comecei a perceber o quanto é difícil desvincular, participar da vida de pessoas e de repente ter que me distanciar... Fiquei triste.

8º visita

Cheguei à residência e C. estava na sala de televisão, no andar de cima. Ao entrar na sala ele abriu um grande sorriso, me puxou para perto dele e nos abraçamos. Cumprimentei a todos e sentei no sofá ao seu lado. Comecei com a mesma pergunta de sempre, tentando perceber como havia sido sua semana e o que havia feito. C. me respondeu como sempre, dizendo que foi boa e que “não tinha feito nada não”, que ficava apenas em casa. Disse que havia ido ao CAPS, mas que às vezes não tem o que fazer lá e ele não gosta quando é assim. Perguntei o que ele gostava de fazer e entre palavras enroladas disse que gostava de ver televisão. Tentei mapear sua rotina durante a semana, a hora que acorda, o que faz em seguida, etc., mas não obtive muito sucesso pois sua resposta foi: *“Ah eu fico aqui né... vejo Tv...”* Como muito moradores estavam dormindo perguntei se ele costuma dormir a tarde e sua resposta foi não, pois se faz isso não tem sono a noite, disse que gosta de dormir tarde, mas não consegui saber qual o horário. Sua fala estava um pouco confusa, mas pelo que entendi eles acordam a hora que quiserem.

Conversamos um pouco sobre sua vinda a São Paulo, mas ele relatou os mesmos fatos já comentados. Neste momento V., uma cuidadora, apareceu assustada perguntando sobre J.(morador), e R. a outra cuidadora, também não sabia dele. Olharam por toda a casa e não o encontraram, perguntaram para C. que nitidamente preocupada informou que J. não estava presente na hora do almoço e que a última vez que o viu foi no período da manhã. A cuidadora disse que não havia percebido sua ausência no almoço. Perguntei a ele se J. ainda estava lhe incomodando e ele disse que um pouco, pois ainda mexia nas coisas dos outros. Perguntei sobre T.(morador) também, se ele não havia sumido novamente e ele disse que não. Voltou a afirmar que quando um deles quiser sair eles precisam avisar. Perguntei se ele iria fugir também, e ele disse que não. O clima mudou e não tive mais oportunidade de continuar a questioná-lo. Quando fui embora J. ainda não havia aparecido.

9º visita

Cheguei à residência e logo tive a notícia sobre a volta de J. Fiquei muito feliz e ao entrar na sala foi o primeiro que encontrei. Ao ver-me ele abriu os braços e nos abraçamos por um tempo, eu disse que estava muito feliz em vê-lo novamente, e ele

repetia a todo instante “*to bem, to bem, to bem..*”, perguntei onde ele estava e o que havia acontecido e ele apenas disse: “*eu tava sozinho*”. Novamente disse que estava muito feliz em vê-lo e fui cumprimentar os outros moradores. R., outra cuidadora, disse que o encontraram em São Paulo e que estava muito machucado. Fiquei com o coração partido, e sentei ao lado de C. no sofá. Perguntei a ele como J. estava, como ele se sentia em relação a essa situação, como as coisas haviam ocorrido. Ele relatou que J. foi encontrado e teve que ir para o hospital, pois estava muito machucado, disse que tinha ficado muito preocupado. Neste dia, minha vontade era ficar perto de J. e apenas dar carinho, mas não podia perder o foco sobre o C.;

Fiquei um tempo em silêncio tentando me organizar, pois fiquei muito abalada ao ver seus machucados. J. permaneceu o tempo todo me olhando. Disse a ele que se quisesse deitar poderia ir, então levantou com muita dificuldade e foi. Comentei com C. sobre seus machucados e me concentrei novamente.

Voltei a falar com C., perguntei há quanto tempo J. estava de volta e neste momento M.(morador) se aproximou e tivemos uma conversa muito gostosa. Os dois relataram que ele ficou duas ou três semanas fora, expliquei para eles que não, que eu havia ido há uma semana atrás na casa e que ele deveria ter ficado menos tempo. Eles concordaram. Começamos a falar sobre a época que viviam no hospital, perguntei o que tinha melhorado e o que havia de diferente, eles disseram que tudo estava diferente, contaram novamente sobre os maus tratos que sofriam, os dois relataram que foram amarrados e apanharam, e que preferiam estar na residência. Tentei entender como era a rotina dentro do hospital, mas eles continuaram falando sobre os médicos, enfermeiras e a comida que era ruim. Mudamos de assunto e começamos a falar sobre vícios. C. disse que havia parado de fumar e de beber e M. disse que ainda fazia isso, eu falei que o cigarro faz mal a saúde e ele começou a falar sobre um monte de doenças, e tentei mostrar quais realmente eram causadas pelo cigarro. Perguntei a C. como ele parou de fumar e ele disse que era porque estava com um problema na perna e que o medico disse que isso seria importante. Rimos bastante e conversamos sobre jogos, futebol, música. Perguntei também se ele lembrava como ele chegou ao hospital e ele disse que por causa do problema da perna e por “uns problemas na cabeça”. Quando perguntei se ele sabia o que eram esses problemas ele disse que era confuso, e neste momento o

professor chegou, C. que estava com muitas saudades voltou sua atenção para ele e paramos nossa conversa.

O professor sugeriu que fossemos até a padaria novamente, chamamos C. e outros dois moradores, T. e M., também foi junto. Chegamos na padaria, e eles tomaram refrigerante, C. ficou preocupado em me oferecer, mas por problemas de saúde achei melhor não tomar.

Voltamos para a residência e enquanto o professor conversava com J., tentei retomar a conversa com C., vendo se ele tem consciência do porque foi internado, mas ele novamente disse que era confuso e nossa conversa não fluiu como antes.

Passamos um tempo na sala e logo após fomos embora.

10º visita

Cheguei na residência e, ao subir as escadas vi Sr. J., um dos moradores, sentado em uma cadeira na varanda, estava com a cabeça baixa e fala muito enrolada, conversamos um pouco e logo subi para encontrar C.;

Ao entrar na sala, ele e outros moradores estavam sentados assistindo futebol na televisão. Cumprimentei todos e me sentei na cadeira ao lado de C., que estava um pouco desanimado. Comecei com a pergunta de sempre: como estava, se tinha passado bem a semana, se tinha algo para me contar... Ele também respondeu da mesma maneira de sempre, disse que estava tudo bem e voltou a assistir televisão. Perguntei o que ele havia feito durante a semana, e ele respondeu: *“nada... fico aqui...”*. Disse a ele que estava desanimado, e perguntei se havia acontecido alguma coisa ou se ele preferia ficar quieto. Ele apenas resmungou *“é...”*.

Fiquei sentada quieta muito tempo pensando como poderia interagir com ele, ou se apenas deveria ficar a seu lado. Perguntei quem havia montado a árvore de natal e neste momento, A.(morador), que estava sentado ao seu lado interagiu conosco, perguntei se era o primeiro natal que passavam juntos na residência e não obtive resposta. Neste momento me questionei se o natal possui algum significado para eles, que ficaram tanto tempo internados e longe de convenções sociais. Falamos também sobre futebol e os campeonatos que estavam terminando. Ficamos quietos por um longo tempo... Neste tempo, o morador J. apareceu, mas não me respondeu, parecia assustado e com medo.

Um pouco depois foram chamados para tomar café da tarde, e reuniram-se todos na mesa, alguns se preocuparam em me oferecer chá e pão. Voltamos para a sala e C. parecia mais animado, comecei a perguntar como era o lugar em que morava, e ele começou a falar sobre a distância e beleza do mundo, disse que ele é muito grande e que não conhece muita coisa bonita que tem. Neste momento um dos cuidadores chama o outro e diz: *“olha o que seu filho fez”*, ele vai até o quarto e reclama com A., que havia feito xixi no local. Neste momento o primeiro cuidador faz alguns comentários dizendo que não daria mais suco para ele beber, que ele tinha que aprender a se comportar ou então, falar na próxima assembleia que precisa de fraldas. Enquanto isso A. veio até a cozinha e ficou olhando assustado, os dois pediram para que ele fosse para o banheiro tomar banho e ele não queria se movimentar, até que depois de muita insistência acabou indo. Pelo que percebi um dos cuidadores lhe deu auxílio para o banho. Em alguns momentos desta cena, C. me chamou, para falar sobre as belezas do mundo, que ele não conhece.

Após isso ficou quieto e eu que estava um pouco abalada com a cena que presenciei também fiquei em silêncio. Tive muita vontade de perguntar para C. como era o tratamento que ele recebia, mas achei melhor fazer isso em outra ocasião.

Passado um tempo, fui embora e disse que retornaria após uma semana. Saí de lá triste e agoniada.

11ª visita

Neste dia fui direto de Santos para São Bernardo e ao chegar na casa minhas malas chamaram a atenção dos moradores, principalmente de M., que me auxiliou para subir as escadas e, como todos, perguntou se eu ia viajar. Expliquei que estava voltando de Santos e que estava tendo aula. Deixei as malas em um canto da casa e sentei-me ao lado de C., que estava na sala de baixo vendo um DVD de música. Comecei com a mesma pergunta de sempre, tentando saber como havia passado a semana e se estava bem, e ele respondeu que sim. Perguntou do amigo, modo como se referia a meu professor, e eu disse que ele não pode ir naquele dia.

Estávamos sentados no sofá quando o cuidador que na semana anterior havia brigado com A., veio se despedir do “Velho”, como C. é chamado carinhosamente por todos na casa. Desta vez o cuidador estava calmo e muito diferente, despedindo-se de C.

de forma muito carinhosa. O que me levou a pensar, que talvez, na semana anterior o mesmo estivesse sobrecarregado e cansado, o que acontece com qualquer cuidador, seja ele formal ou informal.

Tentei conversar sobre sua vida em Caruaru até a chegada ao hospital, mas não obtive nenhuma informação diferente do que já sabia. Após um tempo R., uma cuidadora, se aproximou e começou a brincar com ele. Começamos a falar sobre seu tempo na casa e ela disse que está lá desde o começo e que os cuidadores chegaram antes dos moradores, para arrumar tudo. Pensei em conversar com ela sobre a adaptação de C., mas achei melhor esperar e não fazer isso na frente dele. Ela disse também que ele não gosta de comer carne moída, nem frango desfiado. E ele concordou dizendo: *“Isso é ruim, não gosto não.”*. D., uma integrante da equipe que sempre está presente no local, disse a ele que logo poderia comprar as coisas que quisesse, como a melancia que ele adora, assim que conseguissem o auxílio do programa *“de volta pra casa”*. Disse também que é um grande desejo que todos eles consigam esse dinheiro para que possam comprar suas coisas e não passar mais vontade.

Em seguida, os dois começaram a falar sobre os outros moradores, C. reclamava do egoísmo de alguns, e D. tentou explicar que cada pessoa é de um jeito, e que alguns gostam de dividir as coisas com os outros como ele, e outros já preferem guardar as coisas para si próprios. Então ela me explicou que sempre que C. tem algum dinheiro e compra alguma coisa ele divide com os outros moradores, que havia feito isso no dia anterior ao comprar refrigerante para todos, mas ficou chateado pois os outros não fazem isso, como o Sr. J. que gasta seu dinheiro apenas com jogos na loteria. D. disse que isso é um processo, pois quando estavam no manicômio viviam com suas sacolinhas e não tinham com quem dividir e que esse processo agora é mais difícil para alguns. Citou também, o morador A. que comprou os ingredientes e preparou um prato típico de sua região.

Ficamos por mais um tempo no sofá e disse para C. que iria embora pois estava com a mala e seria muito difícil pegar ônibus cheio, e ele concordou: *“Ônibus cheio é muito ruim, não gosto não”*. Disse também que andar de carro é melhor. Me despedi dele, que perguntou se eu voltaria, afirmei que sim mas que não sabia quando.

Quando estava indo embora, a cuidadora R. chamou C. e outros moradores para irem a um baile com as moradoras da residência feminina e ele foi rapidamente, sem

sequer trocar de roupa. Após sua saída comecei a falar com D. e disse que gostaria de saber mais informações sobre a vida deles na residência. Ela disse que para isso era melhor conversar com I. ou E., pessoas que fazem parte da equipe que coordena o serviço e que estão lá há mais tempo. Conversamos, também, sobre o dinheiro destinado para a residência que é de R\$ 1,500 mensais para alimentação e produtos de higiene, o que é muito pouco. Ela afirmou que consegue comprar poucas frutas e mistura por semana e que a cada vez tenta agradar ao desejo de um deles. Disse também, que quando trabalhava em outra cidade eles recebiam uma verba de R\$ 2,000 e que a comida e os produtos de higiene vinham da prefeitura, o que dava a possibilidade de comprar muitas frutas, bolachas e o que eles tivessem vontade.

D. também contou sobre a época que viveu internada em um manicômio e todas as perdas que teve devido ao fato de não compreenderem sua doença. Pude analisar e perceber que sua presença é fundamental no local, pois ela possui a visão de ambos os lados o que humaniza e ajuda o serviço. Após a conversa saí do local muito feliz e contente com esta visita.

12ª visita

Neste dia liguei para o celular da residência e D.(integrante da equipe) atendeu, perguntei se poderia visita-los naquele dia e ela disse que sim, disse apenas que eles estariam na residência feminina pois era aniversário de uma das moradoras. Perguntei se não havia problemas de ir lá e ela disse que não, então combinei a visita.

Cheguei em São Bernardo e resolvi passar primeiro na casa dos homens, para verificar se já estavam de volta, como não havia ninguém no local me dirigi para a casa das mulheres. Ao virar a esquina me deparei com C. no portão da casa, ele abriu um sorriso e me deu um grande abraço, perguntei como ele estava e se estava gostando da festa e ele respondeu que estava bem e que a festa estava boa. Mostrei a ele os panetones que havia comprado e ele balançou a cabeça. Ele logo perguntou do “amigo” e eu informei que ele não pode estar lá naquele dia. Entrei no quintal da casa que estava cheia de gente, entre elas moradores, cuidadores e profissionais do CAPS. Pedi a C. que me apresentasse as pessoas que eu não conhecia, mas ele disse apenas: “ *Ah elas moram aqui...* ”. Resolvi então, cumprimentar a todos e dar parabéns para a aniversariante I., moradora da residência feminina. Estava com receio de não ser bem

recebida por elas que não me conheciam, mas ao contrário, todas foram muito simpáticas e receptivas.

Logo, D. apareceu e me puxou para o fundo da casa para participar do almoço, eu disse que não havia necessidade, mas ela insistiu, então sentei-me à mesa e comi. Após a refeição passei pela sala, lá estavam duas moradoras, uma me chamou e perguntou se eu tinha comido, eu disse que sim e ela perguntou se estava bom, novamente afirmei que sim e perguntei se ela que havia feito, ela negou e disse que foi R., uma cuidadora. Perguntei seu nome e ela disse que era M., me apresentei e disse que ia toda sexta-feira na casa dos homens. Pedi licença e fui até o quintal encontrar com C., ao sair pela porta vi o morador J., que me chamou, e, então fui até ele. Nos abraçamos e perguntei como ele estava e ele ficou repetindo por um longo tempo “to bem, to bem, to bem”. Depois ele falou sobre as pilhas de seu rádio e o fone de ouvido e disse que “*no mercado tem*”. Falei para ele que ia para a parte da frente da casa e perguntei se queria ir comigo, ele aceitou e então fomos para a parte onde estavam as mesas e a maioria das pessoas. Sentei-me ao lado de C. e E., integrante da equipe, me chamou para falar que logo iam cantar os parabéns e pediu para que eu esperasse lá. Fiquei o tempo todo ao lado de C., perguntei como havia passado a semana e ele disse que bem, perguntou como eu tinha passado e afirmei que estava cansada pois estava estudando muito e ele deu risada.

Neste dia resolvi passar mais tempo observando do que conversando ou fazendo perguntas, pois era um dia de festa e confraternização e pensei que seria incomodo ficar fazendo perguntas e interrogando. Além disso, era uma boa oportunidade para realizar observações. Fiquei sentada ao seu lado e conversamos quando ele quis, sobre o que ele achava interessante falar. Logo, ele perguntou sobre o que eu tinha levado para eles e eu falei que estava com V., a cuidadora, e que depois ela daria para eles. Como já disse, fiquei observando e pude perceber que os moradores pouco interagem entre si, normalmente ficam cada um em seu cantinho e quietos. Em alguns momentos conversavam e brincavam com os cuidadores ou dançavam. No momento dos parabéns, alguns cantaram, outros apenas batiam palmas. I., a moradora que estava fazendo aniversário, agradeceu todo o carinho e desejou um 2011 melhor para todos, deu o primeiro pedaço de bolo para C., uma cuidadora que ficou emocionada.

Após este momento conversei com I., coordenadora da residência, que perguntou se tudo estava dando certo e eu disse que sim, ela disse que os estudantes de jornalismo que estavam fazendo um trabalho lá já haviam terminado e que fizeram um livro. Disse também, que quando terminar de ler ela me emprestará e eu fiquei animada pois acho que será um material muito interessante para minha pesquisa.

Após um tempo eu expliquei para C. que ia tirar férias e viajar. Ele perguntou para onde e respondi que ia a praia, então ele brincou: *“vai tomar banho de mar”* (risos). Eu disse que sim e que voltaria após um mês mais ou menos, mas que não esqueceria dele. Perguntei se ele ia me esquecer nesse tempo e ele afirmou que não, e perguntou: *“mas você volta né?”*. Eu disse que sim e ele completou: *“Então tá bom, pede pro amigo voltar também e pra ele não me esquecer”*. Falei que ele não esqueceria, nem eu, e que eu ficaria pensando nele o tempo que estivesse longe, mas que logo estaria de volta. O tempo todo ele foi muito carinhoso, e para mim foi muito difícil o momento de me despedir.

12ª visita

Cheguei à residência às 14:00 horas, o portão estava aberto, o que chamou minha atenção pois todas as vezes em que visitei o local estava trancado com a chave. Acredito que isso seja uma evolução para os moradores.

Subi o primeiro lance de escadas e logo avistei C. que estava sentado em uma cadeira vendo televisão. Cumprimentei V.(cuidadora) e D. (integrante da equipe), e após fui conversar com ele. Logo que me aproximei, abriu um sorriso e logo perguntou sobre o “amigo”. Eu disse que agora seria difícil ele ir comigo pois estava dando um curso nesse horário.

Neste momento R.,(cuidadora), apareceu, me cumprimentou e disse para C.: *“Ih, nós vamos ter que ir mais tarde então né?”* Perguntei se eles iam sair e ela me contou que eles iam comprar um sapato e que ele estava muito ansioso. Achei que seria uma boa oportunidade, então falei que se eles não se importassem eu poderia ir junto. Esperamos mais um pouco e logo saímos.

D. foi um pouco a frente conversando com C. e eu fiquei mais atrás observando. Percebi que R. ficou o tempo todo muito atenta a cada passo dado por ele, que seguia ansioso pelas ruas. Perguntei para D. se ele sabe atravessar a rua e reconhece as cores que indicam se pode ir ou não. Ela me disse que sim, e que naquele dia ele estava

apenas “*fazendo graça*”. Aproveitei e perguntei se quando chegaram, ele e os outros sabiam sobre estes códigos e ela disse que não, que tudo isso é trabalhado quando saem nas ruas, e que no começo foi muito difícil. Disse também que todos possuem noção de como se comportar na rua e do que “é meu e o que é do outro”, comentou também sobre o dia em que o morador J. saiu para passear sozinho e desapareceu por uma semana, voltando machucado e apresentando medo de terminado grupo de pessoas, como policiais.

Através de sua fala pude perceber que o processo de desinstitucionalização é lento, gradual e principalmente individual. Cada morador, e cada residência segue um ritmo. Isso varia de acordo com o tempo de institucionalização e com a história individual.

Continuando o passeio, entramos em uma loja de sapatos e C. começou a olhar os modelos. D. achou interessante a forma com que ele se preocupava em não dar gastos à ela. Em seguida ela explicou que no natal todos ganharam uma sacolinha de presentes, e que a pessoa que fez a sacola de C. comprou várias coisas com número errado, em uma loja que não permitia trocas. Então, ao vê-lo decepcionado por ser o único sem um sapato novo, ela resolveu dar um de presente a ele.

Enquanto ele escolhia o modelo com R., comecei a conversar com D. sobre o diagnóstico dele. Ela disse que acredita que a princípio ele não possuía nenhuma doença mental e que tudo foi um engano. Ela acredita que, na época em que ficou perdido em São Paulo, por passar fome e frio, ele começou a ter alucinações, que seriam interrompidas caso retomasse sua rotina normal. Porém, como foi levado ao hospital, acabou se transformando. Para explicar sua posição, D. contou que quando ficou internada em um hospital psiquiátrico, começou a agir da mesma maneira que os internos agiam, e que o que no começo para ela era um absurdo, no final do processo havia passado a fazer sentido. (Me questionei se realmente foi a convivência que a transformou, se isso faz parte de seu quadro, ou se é uma mistura de ambos, uma vez que ela ficou um período relativamente curto internada). Assim, ela acredita que C. passou pelo mesmo processo e que atualmente sua condição se deve muito mais a institucionalização do que a um quadro psiquiátrico. Enquanto isso C. escolheu o sapato e pude perceber que neste momento teve uma posição passiva, pois aceitou as

sugestões dadas facilmente. Baseou sua escolha visando mais o conforto do sapato em seus pés do que a estética.

Saímos da loja, e comecei a conversar com R. Perguntei a ela sobre C. e sua história de vida e ela contou a mesma versão que ele e D. me deram. Porém, a seu ver ele já possuía uma doença mental e piorou com o tempo de internação. Disse que gosta muito de trabalhar lá, e que procura trata-los com muito carinho, pois *“é disso que as pessoas precisam, principalmente eles”*. Perguntei a ela sobre o que seria o cuidador de referencia e ela disse que é o cuidador responsável por cada morador, ou seja, aquele que acompanha a trajetória desde o momento em que eles saem do hospital, e fica responsável por cuidar de seus assuntos pessoais, como encontrar a família, conseguir documentos, etc.

D. resolveu parar em uma lanchonete e comprou doces para todos. C. foi o mais rápido para comer e pouco interagiu, enquanto eu, R. e D. conversamos um pouco sobre uma tragédia que estava passando na televisão. Neste momento pude perceber o quanto ele ainda se encontra ‘desligado do mundo’, assim como era no hospital. Parei para refletir sobre todas as tardes em que tentei iniciar um assunto sobre o que acontecia na televisão e não obtive sucesso. O idoso consegue conversar sobre muitas coisas quando falamos com ele, porém, quando tratamos de assuntos de conhecimentos gerais, ele costuma ficar alheio.

Saímos da lanchonete e continuamos rumo à residência. Chegando ao local, elas tiveram a ideia de pedir para J., a cuidadora de referência de C., que escrevesse um relatório contando sobre o processo desde que saiu do hospital e como foi a adaptação à nova vida. Agradei e disse que seria muito importante para meu trabalho.

Me despedi de todos e terminei o dia muito feliz com todas as novas informações que consegui.

13ª visita

Neste dia cheguei à residência e fiquei um período na salinha de baixo conversando com D.(integrante da equipe), R. e V.(cuidadoras). Disse a elas que estava na finalização de minhas visitas e que precisava saber como foi o processo de saída do hospital para a casa. V. disse que não está desde o começo com grupo e que poderia ajudar pouco. R. e D. tentaram esclarecer algumas questões.

Segundo ela, eles chegaram na residência no dia 24/09/2009, estavam muito confusos e acomodados.

Um grupo começou a frequentar o hospital, verificar quem eram as pessoas que gostariam de sair e, após formado o grupo, começaram a perguntar como eles queriam que fosse a casa. Perguntei como foi o processo de seleção, para saber como eles escolheram quem sairia, mas elas não souberam responder. Continuaram a contar que após dois meses de contato, eles começaram a sair para vir conhecer a casa, ir ao shopping e realizar passeios, para que aos poucos eles pudessem entrar em contato com o mundo.

Durante esse período começaram a investigar a história de vida de cada um deles. R. repetiu novamente que acredita que eles *“não querem lembrar sua história, pois deve ter sido muito sofrida.”*

Perguntei, então como foi o processo de contato com as novidades do mundo, como a tecnologia, por exemplo. Elas contaram que ele estranhava televisão e o telefone. Que eles não utilizam garfo e faca para comer, e sim colher. E que muitas vezes, para cortar a carne a pegam com a mão e puxam entre os dentes.

Neste momento D. começou a contar a experiência que teve em outra residência, e que o processo varia muito de cidade para cidade. Contou, que ao chegarem no local os moradores pareciam “bichos do mato”, e que atualmente são independentes. Disse que faz parte de um processo, e que a residência de São Bernardo ainda está no início dele. Na outra residência em que trabalhou, a maioria dos moradores já recebia seu próprio dinheiro, e recebiam uma verba suficiente para suprir com as necessidades deles, além de receberem marmitas de comida da prefeitura, o que diminuía o gasto. Em São Bernardo a situação encontra-se muito diferente, pois a verba que recebem para os cuidados dos moradores é insuficiente e muitas vezes, as pessoas da equipe precisam colocar dinheiro pessoal para suprir as necessidades deles.

Disseram que, a princípio, C. era falante e não gostava de andar, além de ‘não saber conversar’ (utilizar regras sociais de educação como por favor e obrigado) e que atualmente anda mais reservado, e já adquiriu o hábito de andar. Comentaram que nos últimos dias ele estava sendo agressivo com as pessoas, que mandou M.(morador) ‘calar a boca’ e ficava muito nervoso quando não iam com ele à missa de domingo. Perguntei o porquê, e elas disseram que aos domingos, na maioria das vezes apenas um cuidador

fica na casa e que ele não pode sair. Perguntei se era necessário que alguém o acompanhasse, e disseram que ele pergunta: “ *Como posso ir sozinho, sem ter documentos?*”. Provavelmente esse seu receio se deve ao fato de ter permanecido perdido em São Paulo. Perguntei se, após a chegada de seu RG, eles não poderiam começar a fazer o caminho da Igreja com ele, para que ele comece a ir sozinho ao local, e não fique dependendo dos outros. R. disse que essa é a intenção, e que enquanto não é possível ela tentará acompanhá-lo.

Perguntei sobre a escolha das roupas e D. contou que todas são roupas doadas, no tamanho de cada um deles, mas que eles puderam escolher entre as doações a roupa que queriam.

Em seguida, uma moça que trabalha no CAPS, veio chamá-lo para participar de algumas atividades. Disseram que eu estava com ele, mas eu disse que não haveria problema e que eu poderia ir junto. Chegamos na sala e lá já estavam dois pacientes do local. Quando cheguei a moça me deu vários potes de tinta e disse que eu deveria agitar e deixá-los abertos, pois C. tem um problema na mão e não conseguiria fazer isso. Peguei os potes e perguntei a ele qual cor ele gostaria de pintar, ele me pediu a tinta azul, dei a ele e pedi que agitasse o pote, para misturar a tinta. Ele agitou por um tempo, e logo pedi que ele abrisse. Ele o fez sem nenhuma dificuldade. Quando pretendia mudar de cor, disse a ele para fazer a mesma coisa, primeiro agitar e depois abrir e ele fez sem problemas. Quando retornou a sala, perguntei à ela se ela era Terapeuta Ocupacional e ela disse que não, que era oficineira do CAPS. Continuamos na sala e ela novamente repetiu que eu deveria ter deixado todos os potes abertos. Pensei em falar que ele poderia realizar sozinho, mas achei melhor não opinar, uma vez que não possuo ligação com o local.

C. continuou um desenho que já havia começado. Quando perguntei o que era ele disse que era um hospital. Perguntei se era o hospital em que ele ficou. Em algumas vezes ele dizia que sim e posteriormente mudava de opinião dizendo que não. O desenho era todo quadriculado e, em sua maior parte, azul.

Fui embora antes do término do desenho e durante o tempo em que permaneci no local, C. não interagiu com os outros pacientes e permaneceu muito concentrado na atividade que estava fazendo, sendo que, quando fui me despedir, ele quase não me deu atenção. Antes de sair, expliquei para a oficineira o que eu estava fazendo lá, e ela disse

que na próxima vez em que eu fosse, ela iria me mostrar todos os desenhos que ele já fez, e que estes normalmente mostram sua história de vida.

14^a Visita

Neste dia cheguei à residência e subi para a sala de televisão. J., um cuidador, foi chamar C. e ele logo reclamou que fazia tempo que eu não aparecia por lá. Expliquei que agora não poderia ir com tanta frequência, mas não consegui, neste momento, explicar que o estudo estava acabando e que, em breve, deixaria de visitá-lo. Em seguida ele me perguntou sobre o amigo, e disse que outro dia o viu passando em frente a residência, mas que ele não foi até a casa.

Comecei perguntando como ele estava e quais as novidades, e ele disse que nenhuma. Perguntei o que ele havia feito durante esses dias em que não apareci. Ele começou a falar sobre o W., outro morador, e sua saída da residência. Perguntei se ele estava sentindo falta do amigo e ele respondeu que não. Disse que só estava preocupado se iriam tratá-lo bem.

Tentei perguntar se ele gostaria de ir até o CAPS, mas ele disse que não. De certa forma fiquei frustrada pois estava interessada em ver seus desenhos.

Mantive uma conversa informal com ele e a nova cuidadora da residência. Durante a conversa pedi a ele que decorasse meu nome, e ele disse que não conseguiria. Ao perceber que J. (morador) já havia decorado, começou a tentar aprender meu nome e conseguiu. Depois, tentei fazê-lo decorar o nome do “amigo”, como ele se refere a meu professor, porém ele teve mais dificuldades.

Tentei ver se ele sabe ver as horas no relógio de ponteiro, mas ele disse que não.

Continuamos conversando, e na hora de ir embora perguntei sobre o relatório que J., a cuidadora ficou de fazer, mas ele ainda não estava pronto.

Despedi-me e marquei a próxima visita para três semanas seguintes.

15^a visita

Neste dia cheguei na residência e C. estava na sala de TV. Comecei perguntando como estava e como havia passado estes dias em que eu não havia ido. Ele disse que estava bem e que as coisas estavam do mesmo jeito. Perguntei se havia feito algo de diferente, se havia saído e ele respondeu: “*Ah fiquei aqui...*”. Disse, em seguida, que

havia visto o amigo no CAPS durante a semana. Expliquei que não tinha mais aula com ele e que estava sendo difícil encontrá-lo.

Ficamos um tempo sentados no sofá olhando a televisão. Após um tempo perguntei para ele se ele se sentia em casa, morando lá. Ele disse que sim. Perguntei se era melhor do que o lugar que morava antes, e novamente a resposta foi sim. Em seguida perguntei qual o lugar da casa que ele mais gostava, e ele disse que tanto faz. Perguntei se não havia um lugar que ele mais gostasse e ele disse que não com a cabeça. Neste momento J.(cuidadora), passou pela sala e falou para ele me mostrar os móveis novos que chegaram em seu quarto. C. levantou-se e me chamou para que fosse até seu quarto. Primeiro mostrou o quarto dos moradores V. e J., seguindo para seu quarto, onde me mostrou a cama de Sr. J. e de T.; Em seguida, mostrou seu guarda roupas e sua cama. Abriu todas as gavetas e mostrou seus pertences. Algumas coisas estavam um pouco bagunçadas, então perguntei quem arrumava e guardava as coisas no armário. Ele disse que ele mesmo quem faz isso. Achei isso muito importante, pois assim garante maior independência e se apropria de suas coisas. Em seguida, mostrou sua cama, que estava arrumada e com um lençol do Palmeiras. Brinquei com ele e disse que estaria mais bonita se fosse um lençol do Corinthians.

Neste momento o morador M., que estava junto conosco, quis me apresentar seu quarto. Mostrou sua cama e sua colcha. Após o quarto levaram-me até a área de serviço e mostraram o quintal, a churrasqueira e a casinha da gata de estimação Dunga. Perguntei se ela costumava dormir lá fora e eles responderam que ela gosta de dormir na cama com Sr. J. ou com T. ambos moradores.

Em seguida, nos dirigimos para a sala, sentei e fiquei observando o movimento da casa, que estava muito parecido com o de sempre. Alguns moradores dormindo, outros assistindo televisão e outros andando entre os cômodos e alternando o local em que ficavam, porém sem nenhum afazer.

16ª visita

Neste dia a dinâmica ocorrida foi diferente. Antes de ir para a residência liguei para J., a cuidadora de referência de C., . e marquei uma conversa com ela. Fiquei um pouco receosa em conversar com ela e deixar C. esperando. Porém, quando cheguei ao local, ele estava vendo televisão e aproveitei para conversar com ela no andar de baixo.

Enquanto ela resolvia alguns problemas administrativos, fiquei sentada esperando e alguns moradores vieram conversar comigo.

Em seguida, comecei perguntando a J. sobre a história da Residência e como foi o processo realizado com os moradores, para que saíssem do hospital e fossem para a residência. J. explicou que a casa abriu vinte dias antes da inauguração, que ocorreu no dia 24.11.2009. Durante estes dias os cuidadores começaram a organizar a casa.

Em seguida começou a falar sobre C., disse que ele nunca sentiu dificuldades para se adaptar na casa e que sempre cuidou muito de todos (moradores e cuidadores), disse que ele leva os outros moradores para o CAPS, e que se comporta como um “paizão” de todos. Não gosta quando alguém fala palavrão, e repreende esta atitude.

Continuou falando que no dia 09.06 ele havia feito aniversário e que pagou as coisas da festa com seu próprio dinheiro. Além do que recebe atualmente os responsáveis da residência estão tentando dar entrada no LOAS, para que C. possa receber também um salário mínimo. Atualmente C. recebe o dinheiro do programa de volta pra casa e recentemente usou este recurso para comprar armários para seu quarto. Isto foi uma grande conquista, pois C. havia manifestado o desejo de ter um armário próprio com cadeado.

Em seguida começou a relatar os problemas de saúde de C., disse que ele já sofreu dois AVE's (Acidente Vascular Encefálico) e que um deles ocorreu quando já morava na residência terapêutica. Devido a este problema e à pressão alta ele vai todos os dias ao CAPS aferir sua pressão. Disse ainda que o morador tem crises epiléticas e que acredita que provavelmente, deve ter sido internado no hospital em meio a uma destas crises. A cuidadora acredita que devem ter encontrado C. caído no chão e que o levaram para o hospital, como ele não possuía familiares na cidade, e não conseguiram localizar ninguém próximo permaneceu internado durante mais de vinte e dois anos.

Continuei perguntando sobre a rotina de C. no local e J. disse que ele costuma acordar e levantar por volta de 8:00 horas, arruma sua cama, toma banho, faz a barba, toma o café e a medicação e as 9:00 horas vai para o CAPS, onde participa de eventos e realiza atividades de pintura, caminhada e horta. Perguntei se o idoso cozinha e come sozinho. J. disse que ele nunca cozinhou nem se interessou pela atividade. Com relação à alimentação realiza a atividade sozinho, porém não utiliza garfo ou facas, comendo apenas com colher. O idoso não corta as unhas sozinho, e não quer colocar prótese

dentária. Quando precisa comprar roupas ele vai junto e escolhe o que quer, sempre preocupando-se com o dinheiro. J. disse que ele é muito cuidadoso com suas roupas e pertences. Dentro da casa, a única atividade que realiza, é a de arrumar sua cama e lavar a louça algumas vezes.

Cícero não anda sozinho na rua e o único local que vai sozinho é o CAPS. Algumas vezes vai a mercearia, mas pede para que alguém pague as coisas para ele, pois ainda não tem muita habilidade para lidar com dinheiro. J. disse que ele sabe andar pela rua, mas sente muito medo de se perder. Todos acreditam que este medo é devido ao fato de ter sido abandonado pela madrasta quando veio pra São Paulo. O fato de não andar sozinho, muitas vezes, acaba causando discussões no local, pois ele manifesta o desejo de ir à igreja todos os domingos, porém, algumas vezes, apenas um cuidador está na casa e não pode levá-lo, o que o deixa irritado.

Perguntei se ela acredita que C. considera aquele local como sua casa e ela respondeu que sim. Disse ainda, que ele sente muito medo que o local feche e que ele não tenha para onde ir. Perguntei se ele interage com os outros moradores, ou se fica mais quieto em seu canto. Ela disse que ele conversa e cuida de todos, mas não gosta de ver nada errado, pois quer as coisas todas certas.

Perguntei a J. se ela já havia visto o prontuário dele e qual o diagnóstico dado pelos médicos. Ela disse que o médico do hospital deu o diagnóstico de esquizofrenia, mas que outros médicos, como o da perícia, questionam este diagnóstico. Disse ainda, que na residência muitos acreditam que C. não tenha uma doença psiquiátrica, mas sim que sofreu danos devido ao tempo em que ficou internado. Disse também que o idoso possui 79 anos e nunca foi casado.

J. acredita que C. mudou muito desde que chegou na casa, como a maneira de se comportar, alimentar, e expressar o que gosta ou não gosta.

No final da conversa C. desceu as escadas e veio me cumprimentar. Disse que já ia vê-lo e que estava conversando um pouco com a J.; Ele permaneceu um tempo por perto, e logo comecei a perguntar como estava. C. deu a mesma resposta de sempre: “To bem...”.

Permaneci um tempo sentada ao seu lado, conversando sobre como havia sido sua semana e a minha, vendo televisão e fazendo companhia. Logo precisei ir embora e perguntei a ele se ele lembrava o que eu estava fazendo na residência. Expliquei

novamente que era um trabalho para a faculdade e que a próxima vez que eu fosse visitá-lo provavelmente seria a última. C. ficou cabisbaixo e comentou de algumas pessoas que trabalhavam no CAPS e que também precisaram ir embora. Disse que elas choraram e que disseram que precisam ir, pois haviam conseguido um emprego melhor. Ele disse que entende, mas que sente falta delas, pois nunca mais voltaram para vê-lo. Após um tempo, me despedi e disse que voltaria após algumas semanas.

17º visita

Neste dia fui à residência mais com intenção de me despedir, do que de obter informações com C. ou com os cuidadores. Cheguei ao local e logo fui recebida por C. que veio abrir o portão para mim. Perguntei como ele estava, e disse que estava preocupada, pois na semana anterior havia ligado para a residência e haviam me dito que ele estava no hospital. Ele disse que estava na horta do CAPS, quando começou a sentir-se mal. Foi levado para o hospital, onde permaneceu por um tempo. Disse que no dia ficou assustado, pois achou que era “problema de pressão”, mas que o médico disse que não era isso. Perguntei então, o que havia acontecido e o que o médico havia dito, mas ele não soube responder exatamente. Disse que começou a sentir-se “*tonto e mole*” e que pediu ajuda. Disse que no dia em que liguei havia ido fazer uns exames que o médico pediu, e que estava tudo bem com ele. Falei que ele precisava se cuidar, pois ele é muito importante!

Em seguida, começou a contar sobre o novo morador da residência. Perguntei quem era e há quanto tempo estava lá, e C. disse que “*não fazia muito tempo não*”. Perguntei se ele era legal, e ele disse que sim. Perguntei também o nome dele, mas C. não soube responder. M.(morador), que estava ao lado, respondeu minha pergunta. Pedi que eles me apresentassem à ele, fomos até o quarto, mas este estava dormindo. C. e M. começaram a gritar o nome dele, para que acordasse, mas eu disse que não havia necessidade, e que em outro momento eu conheceria ele.

Voltamos para a sala e perguntei se ele tinha notícia de W.; Ele disse que falaram para ele que ele estava bem. Perguntei quem falou isso, e ele respondeu: “*a moça*”.

Descemos para o andar de baixo e sentamos um pouco. Todos começaram a comentar sobre o portão estar aberto, pois disseram que outro dia A.(morador) havia ido passear na Rodovia Anchieta. Perguntei se ele costuma sair e disseram que às vezes.

Passamos um tempo conversando e comecei a explicar que era o último dia em que estaria lá. Primeiro perguntei se ele se lembrava o que eu estava fazendo lá. Ele disse que não. Relembrei que estava terminando minha faculdade, e que no primeiro dia que estive lá perguntei se ele poderia me ajudar com um trabalho. Continuei falando que estava terminando este trabalho, e que a partir de agora terminaria minhas visitas. Disse ainda, que tentaria voltar para vê-lo, mas que não poderia prometer se conseguiria voltar, nem quando. C. ficou quieto, cabisbaixo e pareceu um pouco triste e bravo.

Fui conversar com D.(integrante da equipe) e agradei pelo acolhimento, e por todo apoio que ela e toda a equipe me deram. Ao me despedir ela pediu que eu esperasse um pouco, pois haviam comprado um bolo para os aniversariantes do mês e que eu poderia aproveitar para fazer minha despedida. Aceitei a gentileza e fiquei esperando.

Enquanto esperava, o novo morador levantou e se apresentou. Ele possui grande independência e acredito que sua presença será muito importante na casa para auxiliar a independência dos outros. Está acostumado a cuidar de sua roupa, sair para comprar suas coisas, lavar louça e cozinhar. Perguntei se C. fazia alguma destas atividades mas ele respondeu rindo que não. D. confirmou, mas disse que ele anda muito mais ativo e questionador de muitas coisas nas reuniões que são realizadas na casa e no CAPS. Neste dia, ele havia reclamado de um carro que parou em frente a residência e impedia a saída dos moradores.

Pedi a C. que tirasse uma foto comigo, para que eu guardasse de recordação. A princípio ele disse que não, mas em seguida deu risada e acabou se convencendo. Subimos para a sala, onde comecei a conversar com ele e A(morador)., olhei para C. e disse: “ *Aqui é bem melhor do que o lugar em que vocês estavam né?*” Ele disse que sim e A. concordou com a cabeça. C. disse novamente que “*no hospital eles só queriam fazer o que não presta*”, A. concordou novamente e, quando perguntei para ele como era o hospital, ele disse que era daquele jeito mesmo e que eles ficavam amarrados no local.

Em seguida, as moradoras da residência feminina chegaram e nos dirigimos para a cozinha. Cantamos parabéns e os aniversariantes ganharam presentes.

Despedi-me de todos os moradores. Agradei D. novamente, e segui na direção de C. Despedi-me dele também, o que foi um pouco agonizante para mim. Agradei por todos os momentos que passamos juntos e fui embora.

7 - A história de vida C.

Apresento a seguir uma síntese das informações relatadas por C., no intuito de delinear sua história de vida. Tais informações estão dispersas no conjunto dos diários acima apresentados, e caracterizam a dificuldade de obter, a partir do discurso de C., um percurso histórico linear e detalhado. Sendo assim, ao final deste item apresento algumas informações obtidas por outros atores que compartilharam com C. a vivência na Residência Terapêutica.

7.1 – C. conta sobre si

C., atualmente com 79 anos, nasceu na cidade de Caruaru, foi criado pela avó e trabalhou desde criança com ela na ‘roça’, lá eles plantavam abacaxi entre outras coisas que não relatou. Quando jovem sua avó faleceu e ele foi morar com sua tia em outra cidade chamada Cumaru, de lá seguiram para a cidade de São Paulo. Chegando na cidade, foi morar com seu pai e sua madrasta, perdendo o contato com sua tia. Quando seu pai faleceu, sua madrasta fez suas malas e o chamou para darem um passeio, foram até um local muito movimentado, e ela desapareceu. Com o sumiço de sua madrasta ele vagou pela cidade com sua mala, que estava cheia de roupas e documentos. Parou na porta de uma casa e tocou a campainha, pediu comida e foi atendido, após isso, a pessoa que o atendeu disse para ele procurar ajuda no local que ela lhe mostrava, e disse que ele poderia deixar sua mala na casa dela até que ele resolvesse o problema. Chegando ao local, foi atendido por um guarda, que o desdenhou e agrediu. Neste momento outro guarda interrompeu a ação, mandou o agressor se afastar e pegou os documentos que C. possuía, deixou ele dormir no local aquela noite e no dia seguinte mandou que fosse embora. C. obedeceu às ordens, mas não teve seus documentos devolvidos. Na volta ele passou na casa da mulher que havia lhe ajudado e ficado com sua mala, mas ao chegar lá o mandaram embora e disseram que não havia mala alguma no local.

A partir desta cena C. relata que alguém o levou para o hospital, mas que ele não se recorda de como chegou ao local. Diz apenas que, ao acordar perguntou ao médico o que ele estava fazendo lá, e que o médico disse que ele estava lá há mais de cinco anos.

Durante o relato de sua vida, C. apresenta várias lacunas, épocas de sua vida que diz não lembrar, ou simplesmente desconversa quando perguntado. Fatos marcantes de sua infância e adolescência não foram obtidos, assim como de sua vida adulta até o momento em que deixou sua cidade natal. Estes fatos são ainda relatados de maneira incompleta e vaga. Assim sendo, ficamos sem relatos de suas possíveis, experiências amorosas e de trabalho, relatos sobre amigos e atividades que exerceu ao longo de sua trajetória de vida.

Atualmente costuma acordar e levantar por volta de 8:00 horas, arruma sua cama, tomar banho, faz a barba, toma café, medicação e as 9:00 horas vai para o CAPS, onde participa de eventos do local e realiza atividades de pintura, caminhada e horta

Com relação às atividades da casa, ele nunca cozinhou nem se interessou pela atividade, arruma sua cama e em algumas vezes lava a louça. Já na questão de alimentação realiza a atividade sozinho, porém não utiliza garfo ou facas, comendo apenas com colher. O idoso não corta suas unhas sozinho, e não quer colocar prótese dentária. Quando precisa comprar roupas ele vai junto e escolhe o que quer, sempre preocupando-se com o dinheiro. É muito cuidadoso com suas roupas e pertences.

C. não anda sozinho na rua, pois sente muito medo de se perder e o único local sente segurança é ao CAPS. Algumas vezes vai à mercearia, mas pede para que alguém pague as coisas para ele, pois ainda não tem muita habilidade para lidar com dinheiro.

7.2 - A história de C. através do olhar do outro...

A ideia inicial do projeto era, através de conversas com C., construir uma narrativa de sua história de vida. Porém, ao longo do trajeto, percebi a necessidade de captar o olhar daqueles que convivem com ele e que, de certa forma, o conhecem melhor.

Algumas personagens, que trabalham na residência, trouxeram seus pontos de vista sobre a história de C.:

D.: Ela disse que acredita que a princípio ele não possuía nenhuma doença mental e que tudo foi um engano. Ela acredita que, na época em que ficou perdido em São Paulo, por passar fome e frio, ele começou a ter alucinações, que seriam

interrompidas caso retomasse sua rotina normal. Porém, como foi levado ao hospital, acabou se transformando.

Para explicar sua posição, D. contou que quando ficou internada em um hospital psiquiátrico, começou a agir da mesma maneira que os internos agiam, e que o que no começo para ela era um absurdo, no final do processo havia passado a fazer sentido. Assim, ela acredita que C. passou pelo mesmo processo e que atualmente sua condição se deve muito mais a institucionalização do que a um quadro psiquiátrico.

R.: contou a mesma versão que ele e D. me deram. Porém, a seu ver C. já possuía uma doença mental e piorou com o tempo de internação.

J.: A cuidadora de referência de C. contou a mesma versão do idoso, porém acrescentou que ele tem crises epiléticas e que acredita que provavelmente, deve ter sido internado no hospital em meio a uma destas crises. J. acredita que devem ter encontrado C. caído no chão e que levaram-no para o hospital, como C. não possuía familiares na cidade, e não conseguiram localizar ninguém próximo permaneceu internado durante mais de vinte e dois anos

8 - Analisando o observado

A seguir apresento as reflexões realizadas a partir da experiência, tendo como baliza as questões levantadas previamente. Como forma de organizar esta apresentação, dividi o texto em subitens que caracterizam algumas categorias de análise, trabalhando em três dimensões: os aspectos relacionados ao envelhecimento; os desafios que o habitar nos coloca; as propostas de intervenção para a qualificação do habitar e para a construção de projetos de vida.

8.1 Envelhecimento e qualidade de vida dentro e fora do manicômio: os ambientes, as reações, os comportamentos, as perdas cognitivas.

Gostaria de começar minha análise fazendo uma breve explicação sobre um ponto que considero de extrema importância nesta pesquisa: o envelhecimento. Após tê-lo conceituado, farei uma breve comparação sobre como este se dá dentro e fora do manicômio, apresentando finalmente algumas observações relativas a C.

8.1.1 Envelhecimento:

“A grande heterogeneidade entre os idosos em todos os seus aspectos, sejam estes morfológicos, funcionais, psicológicos e sociais, decorrentes, entre outros fatores, da grande amplitude dessa faixa etária, que começa cronologicamente aos 60 anos e atinge 100 anos de idade ou mais, tem originado questionamentos sobre o conceito de normalidade, quando se faz referência à população idosa. Por outro lado, é conhecido o fato de que o ritmo de declínio das funções orgânicas varia de um órgão a outro, mesmo em idosos que têm a mesma idade.” (Netto, 2006 p.10)

Assim sendo, torna-se difícil distinguir o que seria um envelhecimento bem sucedido, de um envelhecimento comum. Envelhecimento bem sucedido, seria aquele que contém baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças; funcionamento mental e físico excelentes; além de envolvimento ativo com a

vida. Já o envelhecimento comum possui relação com fatores extrínsecos, como tipo de dieta, sedentariedade, causas psicossociais e etc., que podem intensificar os efeitos adversos que ocorrem ao longo dos anos. (Netto, 2006)

Atualmente muito tem se falado sobre envelhecimento saudável e qualidade de vida na terceira idade, que é definida como

“ A avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente. (Lawton, 1983 apud Paschoal 2006)

Lawton construiu ainda um modelo em que a multiplicidade destes aspectos é representada em quatro dimensões que serão aqui explicitadas brevemente:

1. Condições ambientais: o ambiente deve oferecer condições adequadas à vida das pessoas.
2. Competência comportamental: relativo ao modo como o indivíduo reage às situações vividas e a sua experiência;
3. Qualidade de vida percebida: referente a avaliação pessoal da própria vida;
4. Bem estar subjetivo: satisfação com a própria vida, reflete relação entre os três itens anteriores, podendo ser mediada pelos antecedentes pessoais, traços de personalidade e mecanismos de auto regulação. (Paschoal, 2006)

A partir das definições acima, pode-se começar a tecer relações entre o envelhecimento dentro e fora do manicômio. Como já foi dito, a institucionalização provoca mudanças cruciais na rotina e no modo de vida de cada pessoa, afetando diretamente a qualidade de vida destas, e neste caso, também a velhice.

Minha dúvida inicial, e principal norteadora desta pesquisa, estava baseada em compreender as principais dificuldades enfrentadas por C., neste novo momento de sua vida. Como ele fez para resgatar sua identidade, sua vida, seus planos e projetos?

Para responder a esta pergunta foi preciso mergulhar em seu universo e compreender o que para ele é possuir uma boa qualidade de vida. Será através deste questionamento que irei balizar minhas reflexões, e acredito também, que é através dele que a equipe responsável pelo cuidado do morador deva construir o projeto terapêutico no qual ele será envolvido. Para isso, separei itens que acredito serem importantes para responder tal pergunta.

8.1.2 O ambiente em que se deu o envelhecimento de C.;

Se analisarmos as condições ambientais em que nosso personagem envelheceu, encontramos um local nada acolhedor, com más condições de higiene, acomodações precárias, que ferem a intimidade de cada um e a liberdade de expressão de seus desejos é negada. Somando-se a isso, há um horário determinado para realização da refeição, na qual se serve uma comida que é insossa, e que deve ser consumida sem o auxílio de talheres específicos, apenas com colheres e, no lugar das facas, utilizam-se as mãos e os dentes. (sic)

O ambiente não proporciona trocas, não agrega conhecimento e nem permite a evolução por parte dos moradores. Ao contrário, anula possibilidades de criação, o direito de ser quem é e agir como desejar, pois é obrigado a viver em uma rotina diária que muitas vezes não se enquadra com o papel que se identifica e, assim passa a ter seu eu mortificado. (Goffman, 1961).

Através deste processo, que o autor chamou de *mortificação do eu*, e que se inicia ao adentrar em uma instituição total, o eu do sujeito passa a sofrer uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações. Sofre assim perdas em sua autoimagem, pois o indivíduo perde a liberdade de exercer os papéis que estava acostumado na sociedade, e a liberdade para realizar suas tarefas diárias do modo como preferir.

Baseando-me ainda em Goffman, acredito que após o declínio de sua visão como sujeito, este passa a agir de modo padronizado, perdendo ainda mais o contato com o mundo exterior. A partir disso começa a viver em um mundo próprio, através de regras ditadas por terceiros, onde suas vontades não podem sequer existir. Vivendo esta situação há anos, o indivíduo incorpora este modo de vida em sua rotina, passando a desconhecer outras formas de viver ou agir. O autor chama isso de “desculturamento e afirma também que *“Se ocorre uma mudança cultural, esta talvez se refira ao afastamento de algumas oportunidades de comportamento e ao fracasso para acompanhar mudanças sociais recentes no mundo externo”* (Goffman, 1961, p.23). Diz ainda que, *“embora alguns dos papéis possam ser restabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, é claro que outras perdas são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais”*. (Goffman, 1961, p. 25).

Assim, caberia questionar: Como se daria o envelhecimento fora do manicômio? Sabe-se que muitos idosos, mesmo em liberdade, perdem os papéis e o poder social que exerciam. Muitas vezes doenças ou problemas financeiros fazem com que estes passem a depender de terceiros, na maioria das vezes os filhos. Podem, também, sofrer abusos e violências físicas e psicológicas, porém fora do manicômio têm mais chances de terem seus direitos protegidos, pois a possibilidade de estar sob o olhar público, mesmo que no interior de casas, é maior.

Quando isto não ocorre, podem continuar a exercer seus papéis livremente, desempenhando as tarefas que já estavam acostumados a realizar ou aumentando seu repertório e aprendendo e conhecendo coisas novas. Possuem a oportunidade de seguir a evolução mundial, com suas novas tecnologias e opções. E o mais importante: possuem a liberdade de direcionar suas vidas e realizar as escolhas que julgarem mais adequadas.

Outra questão importante que difere o envelhecimento dentro e fora do manicômio é o fato de o idoso ser visto como alguém sábio e experiente. Infelizmente em algumas sociedades, os idosos não representam mais tal papel, mas para muitos ele continua a ser aquela pessoa que costumamos pedir conselhos, ouvir histórias, etc... Infelizmente, ao envelhecer no manicômio, o processo não ocorre da mesma forma e o idoso continua sendo tratado como sempre foi: o louco que não possui nada a ensinar!

Infelizmente, como sabemos, nosso personagem não teve a oportunidade de protagonizar sua vida. Assim sendo, comecei a questionar como o idoso poderia, a partir de agora, tomar as rédeas de seu destino e alcançar um envelhecimento saudável.

Para isso, acredito que uma das questões principais é a busca de autonomia e de apropriação de sua vida. Porém, após tantos anos internado, o indivíduo pode passar a ter perdas cognitivas significativas que interfiram neste processo, e é sobre isso que falarei a seguir.

8.1.3 As perdas cognitivas

Optei por não aplicar nenhum instrumento de avaliação das capacidades cognitivas do mesmo, devido ao fato de acreditar que a presença deste tipo de avaliação acabaria por prejudicar o tipo de vínculo que busquei criar com o morador. Apesar disto, devido ao fato de possuir alguma experiência em avaliar cognição, dentro de

minhas observações pude perceber que C., possui algum declínio cognitivo. É importante ressaltar, que as afirmações a seguir são baseadas em observações realizadas e não representam, de forma alguma, o resultado de uma avaliação cognitiva. De todo modo, estas afirmações podem apontar questões a serem trabalhadas futuramente.

C., não apresenta orientação temporal, e nunca sabe o dia da semana, mês, ou ano em que está. Também não consegue ter noção do período de tempo que se passou entre um acontecimento e outro. Não sabe também, olhar as horas no relógio e pouco se orienta com relação a isso.

Possui pouca orientação espacial, mas acredito que isto se deve mais ao fato de não explorar o bairro e o local em que vive, do que a uma perda realmente dita. Já com relação à memória, e não irei aqui me aprofundar em todos os tipos existentes, pouco posso afirmar, apesar de acreditar que exista sim, algum tipo de prejuízo. Minha crença se deve ao fato de que o morador nunca consegue se recordar o nome das pessoas, lembra apenas o que elas são e significam. Este fato isolado, porém, não pode servir como indicador de problemas na memória. Além disso C., apresenta dificuldades para seguir um pensamento linear e lógico.

Infelizmente estas perdas podem prejudicar significativamente a conquista de sua autonomia e independência, pois terá dificuldades para organizar suas tarefas e compromissos, por exemplo, se não souber o horário e dia de seus compromissos. Terá dificuldades para ir aos lugares que deseja se não conseguir se organizar espacialmente. Por fim, apresentará dificuldades de relação com algumas pessoas se não conseguir recordar seus nomes.

8.1.4 As reações

Retornando as perguntas feitas no início deste capítulo, infelizmente, elas tornaram-se difíceis de responder, pois em sua história de vida, a história que ele quis, pode ou soube contar, formaram-se enormes lacunas que me impossibilitaram de construir uma trajetória linear, algo consistente em que pudéssemos olhar C. antes e depois da internação.

Assim, podemos imaginar que as mutilações do eu de nosso personagem foram tão grandes a ponto do mesmo se perder em sua história de vida. Durante as visitas,

sempre que perguntava, poucos dados novos eram acrescentados a sua história, que rodeava sempre nos mesmos fatos: como foi abandonado em São Paulo, a conversa com o médico que lhe falava que ele estava no hospital há mais de cinco anos, as pessoas que queriam fazer “o que não prestava” com ele, e o dia em que saiu do local. Este fato, me remete a história de uma pesquisadora que Turato(2000), cita em seu texto, dizendo que a mesma aprendeu que a história pessoal referida pelos sujeitos não apresentava necessariamente a realidade de como a vida tinha sido vivida exatamente, mas que os depoimentos retratavam como a vida lhes fazia sentido.

Através destas informações podemos perceber como o período em que ficou internado ainda está presente em sua vida e como C. está fazendo para organizar e encontrar sentido em sua história de vida após tantos anos de mutilação de sua figura.

Podemos analisar também, o fato de recordar-se muito mais deste período específico de sua vida do que do anterior à sua vivência no hospital. E mais ainda, tentar compreender os motivos pelos quais as lembranças aparecem apenas após o quinto ano residindo no local. Será que as vivências doem tanto ao ponto de apagar estes momentos da memória? Segundo Goffman(1961, p.59),o internado aplica várias formas de se afastar da realidade vivida no manicômio. Uma delas é a regressão, na qual o internado se afasta da situação e aparentemente deixa de dar atenção a tudo, com a exceção dos acontecimentos que cercam seu corpo, e vê tais acontecimentos em perspectivas não empregadas pelos outros que aí estão. Ao olharmos através desta perspectiva podemos pensar na possibilidade de C., no início de sua internação, ter criado este método de defesa para conseguir suportar a realidade que se apresentava a ele, e que após tanto tempo, vivendo de modo automático, tornou-se difícil encontrar lembranças, recordar vivências, diferenciar o real do imaginário.

Através destas lacunas surgem novos questionamentos e direcionamentos. Como resgatar o antigo C., se para o próprio, isto talvez não faça sentido. Seria viável realizar ações que busquem seu passado, desde a infância, para reconstruir sua história, sendo que através de seu discurso confuso, não conseguimos encontrar quem ele foi quando criança, adolescente e adulto? Será que o mesmo não acabou “matando” ou deixando morrer sua antiga identidade e atualmente busca novas significações para sua vida? Se todos nós passamos por constantes mudanças ao longo de nossas vidas, e nos reinventamos de tempos em tempos, porque o mesmo não aconteceria com ele? Talvez

devêssemos nos preocupar mais com o que ele nos apresenta, com aquilo que ele quer mostrar e que faz sentido para ele em sua história de vida. Como encontrar papéis que possa desempenhar? Como encontrar esta nova identidade?

Sobre isso, um fato interessante, é o de que C., deixa a vida passar sobre ele, não tomando as rédeas de seu destino, deixando muitas decisões nas mãos dos cuidadores e da equipe local. Ao mesmo tempo, coloca-se na figura de responsável pelos outros moradores, assumindo o papel de “pai” dos mesmos. Esta contradição é vista tanto de sua parte, como por parte dos cuidadores que se, por um lado protegem e cuidam, por outro também o colocam na figura de “pai”. Ao assumir este papel, C. passa a nos indicar um possível caminho de intervenção, e mais do que isso, a possibilidade de renovar seu papel na sociedade.

8.2 Os desafios do habitar

8.2.1 Estar X habitar

Muitos autores vem discutindo a diferença entre o estar e o habitar. Segundo Saraceno (1999 p. 114),

“o estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e um anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional . O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não somente material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevada em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros”.

Estar tem mais relação com o passageiro, com o momento. Você está em um lugar e em outro momento está em outro, não se configura como algo próprio, que cria identidade, raízes. Você pode ter apego pelo lugar em que está, se sentir a vontade e tranquilo, mas você só habita este lugar quando cada espaço, cada canto, conta uma história sua. Quando cada lugar possui uma lembrança, uma história para contar. Quando se configuram os lugares que chamamos de “meu cantinho”, aquele que é o preferido, que gostamos de ficar, muitas vezes sem fazer nada, apenas pensando, quietos. Ou aqueles em que deixamos com a nossa cara, pintamos do nosso jeito,

encontramos nossa bagunça ou organização. O habitar configura-se aí, nessa simplicidade, nestas pequenas ações.

A partir deste olhar, acredito que a residência terapêutica deve funcionar como local de habitar e como dito por Greco(s.d.(mimeo)), a casa deve servir como suporte espiritual para seus habitantes frente ao crescimento da tecnologia contemporânea, “ o desenho não poderá avançar além de satisfazer as necessidades da vida diária. Talvez o que sustente o projeto de uma casa tenha mais a ver com sentimento, que com intelecto...” Ela é composta pelas pessoas que nela moram, por seu jeito, cuidado, ritmo, cheiro... É algo particular, revelador de identidade, dos gostos, da intimidade. Se uma casa não revela a personalidade da pessoa, dificilmente será um local do habitar. Muitos são os que acreditam que a casa geralmente está organizada da mesma maneira que o indivíduo que nela vive, e se este não possui a oportunidade de organizá-la, de cuidá-la, se apropriar, o que dele existe lá? Se a casa não reflete quem nela mora, configura-se apenas como mais um local de estar.

8.2.2 O morar na residência terapêutica de São Bernardo

É através destas definições que começo a tecer minhas reflexões acerca da Residência Terapêutica em que estive. Se Saraceno(1999, p.114), diz que O manicômio(como cárcere) é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar, podemos imaginar que a Residência Terapêutica seja um local que quebre este padrão e reinvente, renove a estadia. Este local deve promover aos moradores a apropriação de suas vidas, a organização de seus cotidianos, sonhos e planos. Que a casa seja um espaço onde é possível encontrar a paz necessária para compreensão do eu, da identidade perdida, dos sonhos desfeitos e de seu papel no mundo. É na casa que o indivíduo dará o primeiro passo para sua reintegração social, para a apropriação do mundo exterior. É dentro do local de mais pura intimidade que será possível encontrar ferramentas para reorganizar o que foi perdido, o que foi deixado, e até o que ainda nem foi descoberto. É neste local, que deve ser um porto seguro, mas jamais o único porto a se ancorar, que o indivíduo começa a tecer as redes de encontro, a recompor sua trajetória, a se ligar com o mundo exterior, mundo este, tão diferente do que foi deixado há anos, e tão difícil de compreender. É este local que deve propiciar o reencontro com

a rotina perdida, com as reponsabilidades, com o convívio harmonioso, que vai muito além do apenas conviver. Trata-se de apropriação, acolhimento...

Sobre isso posso dizer que no período em que estive realizando as visitas, e acho importante ressaltar que este era pequeno com relação a tudo que se vive efetivamente no local, pude perceber um grande esforço da equipe para que o local deixasse de ser apenas residência Terapêutica e se tornasse mais lar para os moradores. Especificamente com relação a nosso personagem pude perceber que este sente-se acolhido no local, pois nunca referiu nenhum tipo de incômodo ou vontade de voltar para o hospital. Pelo contrário, sempre agradece o fato de ter um local para morar e diz que *“não voltaria para o hospital nem que alguém lhe desse um caminhão cheio de dinheiro!”*.

Voltando agora a falar de modo geral sobre como se dá a apropriação do habitar no local, posso dizer que durante as visitas presenciei apenas o momento do café da tarde, e acredito que este ainda é feito de forma mecânica, organizada pelos cuidadores e não pelos moradores. Existe um horário determinado para o café, e quando os moradores chegam à cozinha o café, o chá e os pães já estão prontos, cortados e prontos para o consumo. Perguntei algumas vezes sobre o preparo da comida e realização das tarefas da casa e disseram-me que em algumas ocasiões alguns cozinham para os demais, em outras vezes, lavam a louça, e arrumam sua cama. Porém, como dito, apenas algumas vezes.

Neste período, pude perceber também, que muitas vezes a estadia era vazia, incompleta.

Alguns quadros de fotos ficam espalhados pela casa, um quadro pintado pelos moradores na sala, e após o ganho do auxílio de volta para casa, alguns tiveram a oportunidade de comprar os móveis e roupas de cama que desejassem, o que é um grande avanço. Mas o que falo aqui é da participação efetiva destes na construção do local em que vivem. Da oportunidade de cozinhar ou ajudar a preparar a própria comida, de lavar a louça e a roupa, realizar a limpeza da casa e escolher o local em que os móveis irão ficar. Como dito por Saraceno (1999: p. 120), “O direito não é somente à casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente”. Esta cidadania só pode ser conquistada a partir de uma participação efetiva dos personagens envolvidos em todas as tarefas e decisões que dizem respeito ao local em que moram.

Neste sentido as assembleias realizadas começam a contemplar tais necessidades, mas ainda é pouco. É preciso poder ir ao mercado fazer compras, é preciso escolher o cheiro do produto de limpeza, é preciso organizar a casa, limpar, arrumar, cuidar da roupa, da louça, da comida. Talvez, seja o momento de permitir que eles preparem seus pães, sirvam seu café, escolham o horário de realizar suas refeições e participem de seu preparo. Provavelmente haverá resistência no começo, mas acredito que seja assim que as coisas ocorrem, aos poucos, devagar, e que o que é preciso é alguém que acredite que isto pode acontecer e comece a mudar! Como dito por Nascimento (2010, p 237): “o desafio de construirmos conjuntamente com o usuário espaços reais do habitar passa por estimularmos expressões e encontros de diferentes singularidades, passa por trabalharmos para revalorizar as ações cotidianas, de resgatar histórias de vida...”

Tudo isto vem atrelado a importância do construir junto e co-responsabilizar os moradores pelo local em que vivem. Auxilia-los na apropriação do cuidado e gerenciamento do local em que vivem, trazendo para si algumas tarefas, que nem sempre serão agradáveis, mas necessárias.

Talvez, uma maneira de iniciar este processo, seja inserindo-os aos poucos nas tarefas da casa. Isto deve ocorrer de maneira processual e principalmente, de acordo com a vontade dos moradores, que ao longo do tempo poderão optar por realizar tais tarefas ou não. O que irá diferir da situação atual será o fato de que eles serão os protagonistas da história e estarão auxiliando nas decisões relativas ao funcionamento de sua casa, ao invés de apenas concordar com o que é feito.

Assim sendo, estarão atingindo o que Saraceno e Sternai definiram como noção de casa :

“ Com a noção de casa, nos referimos ao complexo de experiências concretas de re-aquisição-reaprendizagem do uso dos espaços, da orientação de usar o tempo segundo linhas não institucionais, da capacidade de uso dos objetos e oportunidades da vida cotidiana; mas, também: a possibilidade de revisitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades. (Saraceno e Sternai, 1987 apud. Saraceno, 1999, p 116)

8.3 Projetos futuros, propostas e o papel dos serviços de saúde mental

A grande questão discutida durante o trabalho girou em torno do processo vivido por C., sua trajetória, suas dificuldades e os desafios a serem superados. Agora gostaria de aprofundar a questão sobre como realizar tais ações. Acredito que para isso, seria importante uma grande articulação da equipe e, principalmente do profissional de referência de C., no CAPS, para que todos pudessem, juntos, construir um projeto terapêutico que vá em busca da criação desta identidade. Assim, seria necessário buscar as potencialidades escondidas, os interesses, as vontades, trabalhar os medos e, principalmente, acreditar e apostar em suas capacidades, resgatando sua autonomia e poder sobre a própria vida.

Durante o período em que realizei as visitas pude perceber que a casa funciona muito mais de acordo com o movimento que os cuidadores imprimem do que os próprios moradores. Estes, por ainda estarem sofrendo os efeitos da institucionalização, acabam concordando com o que é proposto. No local, como já disse, pude acompanhar por diversas vezes o momento do lanche da tarde, no qual o cuidador prepara o chá/café e o pão da forma como eles gostam e todos são chamados para comer. Apesar da liberdade de escolha, em querer comer ou não, todos sempre comem e, provavelmente, reproduzem esta cena diariamente. Esta situação me fez questionar: Estariam estes realmente desinstitucionalizados, ou apenas estão reproduzindo uma nova forma de institucionalização, em que possuem a liberdade, mas não conseguem usufruí-la completamente?

Quando constatei isso, uma enorme inquietação tomou conta de mim e ao perguntar sobre as escolhas dos moradores com relação a refeição que gostariam de comer, disseram-me que os moradores possuem a liberdade de pedir e comprar o que quiserem, mas que isto acaba sendo muito mais um privilégio de quem recebe o auxílio do programa de volta para casa, do que dos que ainda não recebem. Isto porque a verba recebida pelo local é insuficiente para suprir as necessidades de todos os moradores. Pude constatar este fato, pois inúmeras vezes em que estive no local, presenciei a equipe se mobilizando em busca de dinheiro para conseguir comprar os mantimentos e produtos de higiene que estavam em falta.

Comecei então, a pesquisar sobre a verba que é destinada ao local e, segundo Brasil (2004, p. 9), os recursos financeiros da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que financiavam os leitos agora desativados, deveriam ser realocados para os tetos orçamentários do estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com estes recursos, os municípios proverão infraestrutura e acompanhamento necessários aos usuários, por meio de sua rede de saúde mental.

Assim sendo pude compreender o motivo de algumas residências passarem necessidades financeiras, uma vez que a verba utilizada para os moradores no hospital psiquiátrico jamais suprirá as necessidades de quem vive em liberdade e tem o poder de escolher o que quer comer, comprar e mais do que isso, como quer viver.

Este questionamento, porém, não vem ligado apenas a ideia de que o governo deveria conceder maior verba para o local, mas sim, e principalmente, de que estes moradores deveriam ser reinseridos na sociedade de tal forma, que pudessem ganhar o próprio dinheiro. Acredito no que Kinoshita(1996, p. 45) diz quando afirma que a equipe deve atuar não apenas dentro de sua unidade, mas ir em busca de conhecer e atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõe a vida cotidiana dos pacientes, visando enriquecê-lo e expandi-lo.

O processo, porém, não deve se restringir apenas a situações referentes à casa, mas sim ir além dela, extrapolar os muros, libertar-se da zona de conforto e arriscar desvendar a vida além do ambiente “protegido”. Neste sentido, com relação a C., pude observar que ele frequenta a igreja próxima de sua casa, vai a jogos de futebol e a um baile que ocorre na região, o que é um fator muito positivo em seu processo de apropriação do mundo e que deve ser ampliado a outros locais que possibilitem a troca de experiências e vivências, assim como o aumento de seu repertório de vida. Segundo Moreira e Andrade (2010, p.355/356)

“Após grande período de internação, passar a residir na cidade demanda um período de reconhecimento deste novo ambiente. Esta etapa inicial de viver fora do restrito espaço hospitalocêntrico configura um momento de experimentações e vivências de novidades objetivas e de transformações subjetivas consideráveis.”

Os autores afirmam ainda que “o passeio ou o deslocamento dentro do bairro, muitas vezes, pode ser compreendido como uma aventura e, ao mesmo tempo, como um reconhecimento de área.”

Assim, o conhecimento do território em que vive e de seus vizinhos torna-se fundamental na conquista de autonomia que buscamos para C.; Nesta busca é importante também, que se depare com diferentes realidades, em que ocorram situações nas quais suas ações são questionadas e o “modo automático” em que vive passe a ser repensado. Uma situação em que vivenciei isto, foi quando C., foi convidado para ir a um baile e não quis tomar banho ou se arrumar, indo do jeito em que estava. Os cuidadores até questionaram se ele não gostaria de fazê-lo, porém ele quis ir do jeito em que estava. Isto é claramente uma escolha do morador e deve ser respeitada, porém acredito que seja importante que tome consciência de algumas convenções sociais, e a partir disso sim, tome suas decisões.

O fato de ainda não ter este conhecimento traz a tona um questionamento: Será que C. já passou por situações em que precisou enfrentar algum tipo de preconceito ou realmente não se importa com estas questões? Sua atual reação perante as situações em que vive são devido ao fato de lidar sempre com os mesmos atores, dentro de uma limitação social?

Para que ocorram estas possibilidades, são necessários passeios que possibilitem o conhecimento de seu bairro, onde seja realizada uma pesquisa de possibilidades, em que se investigue o que lhe chama a atenção, quais são seus interesses, quais os dispositivos em que pode ser inserido, como centros de convivências, associações do bairro, grupos da terceira idade, dispositivos que não fazem parte da rede de saúde mental, e que possuem pessoas com outras histórias de vida, outros repertórios, outros olhares... “ É pela via da experimentação, do registro espacial no corpo, que um morador vai construindo cotidianamente seu *habitat*. ”(id, *ibid.*, p. 362)

Talvez, para iniciar o processo, a equipe pudesse trocar a oferta de atividades que funcionam apenas para que ele esteja inserido no serviço (CAPS), ou para que não fique com o tempo ocioso, passando a oferecer a ele sempre mais de uma opção de escolha. Ou seja, ao invés de incentivar que ele vá ao CAPS pintar, perguntar se ele prefere ir ao local ou realizar outra atividade, como ficar em casa por exemplo. Muitas

vezes este desejo de vê-lo inserido novamente na louca rotina da sociedade, pode atropelar e ferir sua autonomia, uma vez que C., ainda está no processo de desinstitucionalização e muitas vezes aceita as coisas prontas. Acredito que, a princípio, o mais necessário seja estimular sua autonomia para tomar decisões e sua independência para realizá-las.

A tarefa poderá se basear em construir com ele um projeto de vida que multiplique sua rede social, verificando os desejos do idoso. O que gostaria de aprender? Tem vontade de estudar ou trabalhar? O que gostaria de fazer para se divertir? Tem vontade de viajar, conhecer algum lugar ou visitar sua cidade Natal? Deseja encontrar uma namorada? Sonha em ter sua própria casa? etc.

Outro caminho, poderia ser começar através de tarefas básicas, como estimular aos poucos que auxilie no preparo de sua refeição, deixá-lo escolher o horário em que gostaria de comer e ensiná-lo a mexer nos utensílios da cozinha, por exemplo. Devido ao tempo que passei observando o funcionamento da casa, acredito que talvez, isto já tenha sido feito, e o próprio tenha se recusado a exercer tais atividades, pois está acomodado em sua posição. Assim sendo, torna-se trabalho da equipe mostrar a ele os papéis que as pessoas que moram em conjunto devem desempenhar e, mais do que isso, mostrar à própria equipe que designar a ele tarefas que ele não gosta de realizar não significa que ele não esteja tendo sua liberdade de escolha respeitada. Mais do que isso, designar coletivamente e pactuar tarefas para todos os moradores, negociando as resistências, é uma forma de integrá-los à própria moradia. Para isso, a equipe poderia passar por quatro fases, que não são lineares e sim simultâneas para diferentes tarefas. Estas fases devem ser negociadas com os moradores e jamais impostas. São elas:

- 1- Observação: o morador apenas observa como realizar a atividade e decide se quer ou não fazê-la;
- 2- Fazer Junto: Caso o morador decida aprender a realizar a atividade, o cuidador começa a realiza-la em conjunto com ele;
- 3- Fazer sozinho: Se desejar, após compreender como é realizada a tarefa, o morador passa a realiza-la sozinho;
- 4- Criação de uma rotina: a partir do envolvimento de alguns moradores, eles podem criar entre si, uma rotina de realização das tarefas;

Muitas vezes, talvez por falta de conhecimento, as pessoas ao redor acabam estigmatizando-os, e por não saberem como agir, automatizam o cuidado tomando para si tarefas que poderiam ser desempenhadas pelos moradores. Para Saraceno(1999, p.113) O mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes não selecionados em programas de reabilitação profissional. De fato, e uma vez mais, a psiquiatria é um microcosmo onde se auto reproduz a cultura dominante: “ os mais dotados conseguem, e então se selecionam aqueles que provavelmente são os mais bem dotados a fim de que consigam”; por outro lado, “ os menos dotados não conseguem, então é antieconômico seleciona-los.”

Durante as visitas vivi uma situação em que isso pode ser comprovado, não no sentido econômico e capitalista que o autor se refere, mas provavelmente pela falta de preparo para lidar com situações deste tipo, tornando-se mais fácil realizar a tarefa para eles do que construir juntos a maneira de realizar. A situação a que me refiro será explicitada a seguir:

C., estava no CAPS em uma oficina de pintura e a pessoa responsável pediu que eu agitasse e deixasse os potes abertos para ele, pois disse que ele não conseguiria fazer isto. Fiz o contrário, expliquei a ele como deveria fazer e observei para verificar se este problema realmente iria interferir na abertura dos potes. C., realizou a tarefa sem problema algum, apresentou força o suficiente e não sentiu dores, além de compreender tudo o que deveria ser feito. Acredito que neste caso, a pessoa referida, tenha tido ótimas intenções, porém, sem perceber acabou desvalorizando o potencial de C. Isto pode ter relação com a ausência de poder contratual historicamente atribuída aos pacientes psiquiátricos. Para Kinoshita(1996, p. 46) a vida social é pautada por processos de trocas e intercâmbios, particularmente *trocas de mensagens, afetos e bens*. Cada participante da relação pressupõe um valor pré-atribuído aos outros, isto é, **um poder contratual**. No caso dos pacientes psiquiátricos, este poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no status de doente mental.

Em outras situações, as quais exigiam que ele comprasse algo, inclusive no passeio realizado comigo e com o professor, a maior preocupação sempre foi em deixá-lo livre para escolher o que quisesse, mas ele nunca foi inserido efetivamente na atividade, principalmente na parte referente ao pagamento. Talvez, uma atitude

coerente neste momento seria deixa-lo ao lado de quem estava pagando e posteriormente explicar a ele, de maneira simples, como o processo ocorre.

Neste tipo de situação C., não aparentou estar incomodado com a forma em que as coisas eram conduzidas, pelo contrário, aproveitava-se do fato de alguém tomar o comando da situação. Através destas afirmações caberia perguntar se as ações desenvolvidas atualmente promovem a reabilitação afirmada por Saraceno (1999, p.18) que diz que

“ A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível.”

É certo que talvez, o morador ainda não esteja preparado para assumir tais responsabilidades, organizar estes novos papéis e por isso evite tomar decisões em sua vida, mas se os profissionais responsáveis não auxiliarem neste processo e continuarem a enxergá-lo como coitado, isto nunca irá acontecer. Talvez, para ele, após longos anos dentro de um hospital psiquiátrico, o habitar seja possuir um teto, um bom tratamento e satisfazer suas necessidades básicas. Porém, acredito que C. ainda esteja numa posição confortável, e que seria necessário provoca-lo, inseri-lo em algumas tarefas da casa, construir uma nova rotina e um novo sentido para si dentro e fora do local em que vive.

Segundo Brasil(2004, p. 11)

“O Serviço Residencial Terapêutico não é exatamente uma casa nos moldes convencionais. Possui características peculiares, pois foi formado a partir de determinada história. Os profissionais devem evitar imprimir expectativas e anseios próprios do que deveria ser uma casa ideal para eles. Mas, ao contrário, devem permitir que afluam hábitos e formas de ocupar o espaço próprio dos habitantes de um dado SRT. Os riscos de acidentes domésticos devem ser trabalhados cotidianamente. A realização de tarefas cotidianas é negociação constante entre necessidade, vontade expressa e disponibilidade, fazendo parte do processo de reabilitação psicossocial. ”

Devido a tudo o que foi dito, acredito que uma opção para resolução de algumas questões referentes ao cuidado, seria a realização de cursos periódicos para os cuidadores, em que pudessem aprofundar seus conhecimentos, além de um suporte emocional, para que consigam encarar a difícil tarefa que é cuidar.

Em minhas visitas nunca me deparei com o profissional de referência de C., nem com o plano de tratamento realizado por este, para esta nova etapa de vida. Como já disse, e acho importante reafirmar, tive contato apenas com um fragmento desta realidade, e posso ter tido a infelicidade de não estar presente nos mesmos momentos em que este profissional também estava, porém é através deste pequeno fragmento que a realidade local foi apresentada, e é através disto que realizei minhas análises e possíveis contribuições

9. Conclusões

A proposta inicial deste projeto era narrar a trajetória de um ex-morador de hospital psiquiátrico que passou a viver em uma residência terapêutica e verificar como este dispositivo poderia contribuir neste processo.

Ao longo da pesquisa, porém, comecei a sentir dificuldades na construção da história de vida do personagem, uma vez que o mesmo traz um discurso confuso, sem linearidade e com muitas lacunas. Neste discurso, apareceram poucos dados relativos à sua vida anterior a seu internamento no hospital psiquiátrico, tendo sido este, o momento mais presente em sua fala. Apesar disto, poucos dados com relação a esta época foram coletados.

Passei então, a realizar uma profunda análise sobre como o recurso residência terapêutica poderia ajudá-lo na construção de sua identidade e, então, a análise passou a basear-se mais nas observações realizadas.

Acredito que, dentro destas observações, falhei ao não ler seu prontuário no CAPS, pois nele talvez estejam informações que seriam importantes no processo. Poderia também, ter realizado minhas visitas em períodos e dias da semana diferentes, porém isto foi inviável devido a outros compromissos da graduação.

De acordo com o observado, acredito que as residências terapêuticas podem funcionar como ótima opção aos moradores egressos de hospitais psiquiátricos. Para isso, porém, talvez seja necessária maior atenção àqueles que irão trabalhar no local, com realização de projetos que envolvam cursos de aprofundamento e apoio emocional.

Com relação à organização da residência que acompanhei, acredito que a equipe está muito empenhada em fazer com que o serviço contribua efetivamente na vida destes moradores, e realiza muitas ações para que isto aconteça. Porém, o processo ocorre de forma lenta e gradual, e os resultados também irão aparecer desta maneira.

Em relação a C., pude concluir que apesar de todas as perdas sofridas ao longo dos anos de internamento, sejam estas cognitivas, afetivas, financeiras, relacionais, ocupacionais, etc., o idoso se apropriou da residência como espaço de habitar, e está, aos poucos, reconstruindo sua identidade e resgatando seu papel na sociedade. Não

podemos esquecer, porém, que o mesmo ainda sofre influências do período em que permaneceu internado e que, algumas destas, talvez não desapareçam nunca, o que não pode ser encarado como um fator negativo. Isto faz parte de sua história de vida e de sua identidade atual.

Devido a isso, acredito que o projeto mais importante não seja conhecer sua história de vida, mas sim auxiliá-lo a buscar novas significações para sua jornada e, também, para o seu “eu”.

Para que isto ocorra, é importante que haja uma articulação entre todos os profissionais envolvidos em seu cuidado, para que sejam construídas ações em conjunto com o morador que o auxiliem neste processo. Tais ações, além de serem construídas em conjunto com o morador, devem explorar suas habilidades e desejos, investindo em sonhos e vontades, ampliando o leque de possibilidades para além do que inicialmente se imaginou. Assim, realmente, poderá se afirmar que o processo de desinstitucionalização está ocorrendo, e que nosso personagem é protagonista de sua história de vida.

Minhas considerações finais podem se resumir ao que Nascimento (2010, p.238), disse:

“ O recurso moradia, como resposta a instrumentos de enfrentamento das necessidades do habitar e de transformação da assistência, deve então ser produzido como espaço de vida, cenário a partir do qual moradores, vizinhos, terapeutas de referência... incluam na apropriação e gerenciamento do cotidiano os riscos eminentes contidos e reduzidos no processo do viver.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Org.) **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Panorama ENSP, 1995.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (org.). **A instituição negada.** Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

____Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Legislação em Saúde Mental.** 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampl. Brasília, 2004b

____. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Legislação em Saúde Mental.** 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampl. Brasília, 2004c.

____. Portaria GM n. 2.077, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. **Legislação em Saúde Mental.** 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampl. Brasília, 2004d.

____.Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2011. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em Saúde Mental.** 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampl. Brasília, 2004e

____. Portaria GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Legislação em Saúde Mental.** 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampl. Brasília, 2004f

____ **Programa de volta pra casa. Liberdade e Cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004g.

____. Brasil, 2011. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20500> Acesso em: 23 out. 2011

DE CARLO, M.M.R.P. e BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.** São Paulo; Plexus editora, 2001.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 8. ed. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2005. 559 p. (Col. Estudos 61, dirigida por J. Guinsburg)

GOFFMAN, E; **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução por Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora perspectiva, 1974.

GOMES, R.; A Análise De Dados Em Pesquisa Qualitativa. IN: MINAYO, M.C.de S(Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade** . Petrópolis; Ed. Vozes 3ª ed. P. 67-80.

GRECO, M.G; **Estranhos no ninho**: Considerações sobre a casa no contexto dos serviços residenciais terapêuticos, s.d.(mimeo).

KINKER, F. S.; Loucura e sociedade. IN: KUPSTAS, Marcia(Org.). **Saúde em debate**. São Paulo: Editora Moderna, 1997. p. 93- 113.

____. **O lugar do manicômio**: Relato da experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico no interior do Nordeste. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

KINKER, F.S; **Genealogia Do Hospital Psiquiátrico No Âmbito Da Sociedade Disciplinar: uma visão foucaultiana**. São Paulo: 2006. (mimeo).

KINKER, F.S; **Por que é tão difícil desinstitucionalizar?** (texto de apoio à IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersetorial). Brasília: 2010 <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/fernandokinker.pdf>

KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania. In: Braga Campos, F.C. & Henriques, C.M.P. (orgs.).**Contra a maré, à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, pp. 39-49, 1996.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set,1993.

MOREIRA, M.I.B e ANDRADE, A.N.de; Viver em liberdade: Investidas pelo bairro e encontros com os novos vizinhos. In: **Saúde Loucura Experiências da Reforma psiquiátrica- número 9** / Campos, F.B; Labcetti, A. (orgs.)- São Paulo: Hucitec,2010.

NASCIMENTO, S.P; Indagações sobre a afirmação do direito de habitar. In: **Saúde Loucura Experiências da Reforma psiquiátrica- número 9** / Campos, F.B; Labcetti, A. (orgs.)- São Paulo: Hucitec,2010.

_____. **Utopia da realidade:** Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

NETTO, M.P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: **Tratado de geriatria e Gerontologia**/ Elizabete Viana de Freitas... [et al.].- 2.ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: **Tratado de geriatria e Gerontologia** Elizabete Viana de Freitas... [et al.].- 2.ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

SARACENO, B; **Libertando identidades:** Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Rodrigues Zanetta, Willians Valentini. Revisão técnica: Ana Maria Fernandes Pitta. Belo Horizonte: Te Corá – Instituto Franco Basaglia, 1999.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** Definição e Principais Características. Revista Portuguesa de Psicossomática- Volume 2 - Número 1 - Jan/Jun. 2000.

Anexo 1



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

comul 01104111

São Paulo, 17 de dezembro de 2010.
CEP 1938/10

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) FERNANDO SFAIR KINKER
Co-Investigadores: MELINA GARCIA ARAKAKI i (Aluno)
Disciplina/Departamento: CIÊNCIAS DA SAÚDE/Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Envelhecer no manicômio e voltar à cidade: o relato de um ex-morador de hospital psiquiátrico".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Relato de caso.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Verificar o processo de envelhecimento de uma pessoa que viveu em um manicômio e hoje se encontra em uma residência terapêutica..

RESUMO: Relato de caso, de um paciente único, eleito pelos seguintes critérios: paciente com processo de envelhecimento em hospital psiquiátrico (foco do estudo) e com alta hospitalar recente, e reinserido em moradia na comunidade. A coleta de dados ocorrerá num Serviço Residencial Terapêutico, de acordo com questionamentos realizados pelo pesquisador..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Para que as propostas do estudo possam avançar, torna-se necessário que a sociedade possa ter acesso ao discurso das pessoas que viveram esses processos de institucionalização, para que esse tema , ganhe relevância, e para que os próprios moradores sejam as guias de um processo de transformação cujo público-alvo são elas próprias.

MATERIAL E MÉTODO: Descritos os procedimentos.

TCLE: Apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 14 Meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Graduação.

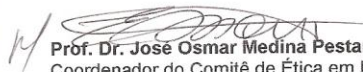
ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 12/12/2011 e 11/12/2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.

3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

1938/10

Anexo 2

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

I – INTRODUÇÃO E EXPLICAÇÃO SOBRE A PESQUISA

Vamos ler este texto para fornecer informações sobre a pesquisa que estamos fazendo com você. Esta pesquisa visa estudar sua história de vida , incluindo o período em que você ficou internado no hospital psiquiátrico, para compreender como isso transformou sua vida. Também queremos compreender como está sua vida nesse momento em que você está fora do hospital. A partir destas informações você pode decidir sobre sua participação voluntária neste estudo.

Serão realizadas algumas conversas onde você nos contará sua história de vida.

Nosso propósito com estas conversas é conhecer você, sua história, sua rotina (aquilo que você faz todo dia), sua opinião sobre o que você viveu dentro do hospital psiquiátrico, e as diferenças da vida fora do hospital. A partir destas conversas você e a pesquisadora vão construir uma História da sua vida. Ao final esta história será lida para você.

A pesquisadora marcará alguns encontros periódicos com você e nestes encontros você poderá descrever sua história num formato livre, sem perguntas dirigidas. O número de encontros dependerá do tempo que você julgar necessário para contar sua vida para nós.

Acreditamos que esta pesquisa poderá causar um leve desconforto durante a entrevista. Caso você se sentir mal na situação, com o relato da sua história ou qualquer outra questão, você poderá pedir para a pesquisadora parar a entrevista.

Esta pesquisa não irá proporcionar nenhum benefício direto para você.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Ms. Fernando Sfair kinker que pode ser encontrado no endereço Av. D. Anna Costa, 95/ Vila Mathias. Santos/SP. Telefone: 13 38783700. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da

pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar - cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Você tem direito de confidencialidade, ou seja, as informações obtidas aqui serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para você ou qualquer participante desta pesquisa em qualquer fase do estudo.

Também não há compensação financeira (pagamentos) relacionada à sua participação.

Esta pesquisa não oferece nenhum risco ou dano pessoal a você, diretamente causado pela entrevista da pesquisa neste estudo.

Mantemos com você o compromisso de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

II - AUTORIZAÇÃO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo

ENVELHECER NO MANICÔMIO E VOLTAR À CIDADE: O RELATO DE UM EX-MORADOR DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. Eu discuti com o Prof. Ms. Fernando Sfair kinker sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer

momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Ana Lúcia F. Amstalden

Assinatura do paciente/representante legal

Data 03 / 01 / 2011

[Assinatura]

Assinatura da testemunha

Data 03 / 01 / 2011

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Fernando Afan Kuter

Assinatura do responsável pelo estudo

Data 03 / 01 / 2011